



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO
COMUNIDADES SALUDABLES

INFORME ANUAL
AID-511-A-12-00001
FY 2012

La Paz – Bolivia
Noviembre, 2012

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	ii
Lista de tablas	iv
Lista de gráficos	iv
ABREVIACIONES Y ACRONIMOS	v
RESUMEN EJECUTIVO	vii
1 INTRODUCCIÓN.....	9
2 ENFOQUE ESTRATÉGICO	15
3 Enfoque metodológico.....	18
3.1 Cobertura de implementación de actividades	19
4 AVANCES	20
1.1 Resultado intermedio 1.....	21
1.1.1 Descripción de los avances RI 1.4.....	21
1.1.1.1 Logros del RI 1.4.....	23
1.1.2 Descripción de los avances RI 1.5.....	23
1.1.2.1 Logros del RI 1.5	24
1.2 Resultado intermedio 2.....	25
1.2.1 Descripción de los avances R2.4	27
1.2.1.1 Logros del RI 2.4	28
1.2.2 Descripción de los avances RI 2.5.....	29
1.2.2.1 Logros RI 2.5.....	29
1.3 RESULTADO INTERMEDIO 3	31
1.3.1 Descripción de los avances RI 3.3.....	31
1.3.1.1 Logros del R3.3	32
1.3.2 Descripción de los avances R3.4	32
1.3.2.1 Logros del R3.4	33
5 ACTIVIDADES ADICIONALES	35

5.1	Consultorías	35
5.2	PMP	36
5.3	sistema de monitoreo y evaluacion.....	39
5.4	Comunicación.....	40
6	PROCESO HACIA LA SOSTENIBILIDAD	43
7	LECCIONES APRENDIDAS.....	44
8	DESAFIOS	45
9	ACCIONES A FUTURO	46
	ANEXOS.....	ww

Lista de tablas

Tabla 1: matriz de relacionamiento de del proyecto con la política nacional de salud	10
Tabla 2: cobertura de implementación de hcp fy2012	19
Tabla 3: Resumen de los principales logros del RI 1.4	23
Tabla 4: resumen de los principales logros del RI 1.5.....	24
Tabla 5: Resumen de los principales logros del RI 2.4	28
Tabla 6: Resumen de los principales logros del RI 3	33

Lista de gráficos

Gráfico 1: enfoque metodológico	18
Gráfico 2: cobertura en el departamento de chuquisaca.....	20
Gráfico 3: cobertura del proyecto en la paz.....	20
Gráfico 4: Proceso de implementación del RI.1	21
Gráfico 5: Proceso de implementación del RI 2.....	26
Gráfico 6. Procesos de implementación de RI 3	31
Gráfico 7: Procesos de implementación del PMP	36
Gráfico 8. Resultados de los indicadores PMP/OP al 30 de septiembre 2012	37
Gráfico 9. Resultados de indicadores obtenidos a través de la línea de base	38
Gráfico 10: Procesos de implementación Sistema de Monitoreo y Evaluación de HCP	39
Gráfico 11: Procesos para la implementación de la estrategia de comunicación.....	40

ABREVIACIONES Y ACRONIMOS

ACRONYM	ENGLISH	SPANISH
ALS	Local Health Authorities	Autoridad Local de Salud
AOP - POA	Annual Operative Plan	Plan Operativo Anual
BCC - CCC	Behavior Change Communication	Comunicación para el Cambio de Comportamiento
CAI	Information Analysis Committee	Comité de Análisis de la Información
CIES	Center for Research, Education and Services	Centro de Investigación, Educación y Servicios
CHW - ACS	Community Health Workers	Agentes Comunitarios de Salud
CLS	Local Health Committee	Comité Local de Salud
CSMS	Social Health Municipal Council	Consejo Social Municipal en Salud
CSRA	NGO: Rural Andean Health Council	ONG: Consejo de Salud Rural Andino
DILOS	Local Health Directorates	Directorio Local de Salud
ENDSA	National Demographic Health Survey	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
FY	Fiscal Year	Año Fiscal
FORTALESSA	Health System Strengthening	Fortalecimiento del Sistema de Salud
GAM		Gobierno Autónomo Municipal
GBV - VBG	Gender Based Violence	Violencia Basada en Género
HCP	Healthy Communities Project	Proyecto Comunidades Saludables
IR - RI	Intermediate Result	Resultado Intermedio
ME&R	Monitoring, Evaluation and Research	Monitoreo, Evaluación e Investigación.
MNH - SMN	Maternal and Neonatal Health	Salud Materna y Neonatal
MoH - MSD	Ministry of Health and Sports	Ministerio de Salud y Deportes
M&E	Monitoring and Evaluation	Monitoreo y Evaluación
NGO - ONG	Non Governmental Organization	Organizaciones no gubernamentales
PAHO - OPS	Pan American Health Organization	Organización Panamericana de la Salud
PMP	Performance Monitoring Plan	Plan de Monitoreo y Desempeño
PMP/OP	Performance Monitoring Plan/Operative Plan	Plan de Monitoreo y Desempeño/ Plan Operativo
PROMESO	PROSALUD Social Marketing	PROSALUD Mercadeo Social
PROSALUD	Health Protection	Protección para la Salud
SABS		Sistema de Administración de Bienes y Servicios
SAFCI	Intercultural, Community and Family Health	Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural
SEDES	Departmental Health Service	Servicio Departamental de Salud
SERES	Regional Health Service	Servicio Regional de Salud
ACRONYM	ENGLISH	SPANISH
SIME	Integrated System of Monitoring and Evaluation	Sistema Integrado de Monitoreo y Evaluación

SIPAD	Performance Management Plan Information System	Sistema de Información del Plan de Administración de Desempeño
SNIS	National Health Information System	Sistema Nacional de Información en Salud
SRH - SSR	Sexual and Reproductive Health	Salud Sexual y Reproductiva
UNICEF	The United Nations Children´s Fund.	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	United States Agency for International Development	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
WHO - OMS	World Health Organization	Organización Mundial de la Salud

RESUMEN EJECUTIVO

Para el área FY 2012 HCP implementó sus actividades en 11 municipios cabecera de red de salud, distribuidas en Chuquisaca (6 redes de salud) La Paz (5 redes) y la Red de Salud “Los Andes” de la ciudad de El Alto

Se identificaron Autoridades Locales de Salud para conformar Comités Locales de Salud y Consejos Sociales Municipales en Salud apoyando en el desarrollo de las capacidades de estos actores de acuerdo a sus roles y funciones en el marco de la Gestión de la SAFCI y el marco legal vigente. Se apoyaron a Directorios Locales de Salud – DILOS, Comités Locales y Consejos Sociales Municipales de Salud en la elaboración de sus Reglamentos Internos. Asimismo, se brindó acompañamiento técnico en la elaboración de 8 POA – Presupuesto de Salud 2013 (CAI Municipal de Planificación, Mesa Municipal de Salud de planificación, Reunión ampliada del DILOS), incluyendo las demandas comunitarias con orientación a las determinantes sociales a través de sus Planes de Acción y las demandas sectoriales considerando la oferta del Gobierno Autónomo Municipal.

El presupuesto total para salud (sin infraestructura) 2013 en los 8 municipios alcanzó a Bs19.656.755.-, que representan un incremento porcentual de 12% respecto el Presupuesto 2012. El Presupuesto asignado para la actividad presupuestaria *Promoción de la Salud* en los 8 Municipios es de Bs 563.508.- y se logró movilizar más de 900 autoridades municipales, dirigentes de barrios y comunidades y personal de salud.

Se concluyeron y socializaron localmente 12 diagnósticos de procesos administrativos y financieros en establecimientos de salud y Gobiernos Autónomos Municipales, que determinan fortalezas y debilidades en la gestión administrativa y financiera en salud y el esfuerzo local en salud.

Se diseñó el marco conceptual del componente de atención cuyo eje central es la reorganización de los servicios de salud. A este marco se ha incluido la calidad desde la perspectiva de la comunidad, el sistema de referencia y contra referencia comunitario a partir de la articulación del trabajo entre el servicio de salud y proveedores locales de salud (entre ellos los ACS), la medicina tradicional, la promoción de las prácticas saludables y el seguimiento familiar. Las actividades se guiaron por las normas definidas por el MSD y se estableció un trabajo en estrecha coordinación con las unidades de Calidad y Acreditación, Redes de Servicios de Salud, Unidad de Promoción de los SEDES en ambos departamentos, como también con el personal de los servicios de salud a nivel local, propiciando espacios de análisis con la comunidad y autoridades municipales, orientados a la construcción de planes de acción concertada cuyo proceso de ejecución está monitoreado por comités de calidad constituidos con apoyo de HCP. Se desarrollaron talleres de análisis y organización de las redes de referencia y contra referencia comunitaria, plan de emergencia y atención oportuna.

Se inició el diseño de la curricula para capacitación de facilitadores locales (personal de salud) de establecimientos de salud priorizados para capacitación de ACS, a desarrollarse en el siguiente trimestre.

Se avanzó en la producción de una Guía de Comunicación Comunitaria, denominada *Promoviendo Comunidades Saludables*, que servirá de base para la capacitación al equipo técnico del proyecto y de este al personal de salud, a fin de contribuir en la promoción de prácticas saludables a nivel local a través de técnicas de entretenimiento educativo. Además de facilitar la elaboración de un plan de a nivel municipal el cual se espera articular a la Estrategia Nacional de Comunicación del Ministerio de Salud y Deportes.

Se trabajó con grupos de adolescentes del nivel secundario de las Unidades Educativas para que elaboren planes de acción en relación a VBG, destacando movilizaciones, transferencia de conocimientos a sus pares, padres de familia, profesores. Respecto a derechos en salud, se realizaron eventos de información a adolescentes, organización social, personal de salud y autoridades municipales.

Las acciones de comunicación en el marco de la Estrategia de Branding del Proyecto, durante la gestión 2012, se orientaron principalmente a incrementar la visibilidad del apoyo del Pueblo de los Estados Unidos al Pueblo de Bolivia a través de USAID/Comunidades Saludables, a nivel de los municipios priorizados para la implementación del proyecto durante el primer año. Esto implicó la producción, impresión y distribución de materiales de visibilidad, el fortalecimiento de las capacidades del equipo técnico del Proyecto para documentar el avance y resultados de las principales actividades, a fin de concretar la producción y difusión de notas informativas e historias de éxito.

Como parte de las actividades adicionales, se realizó el estudio de línea base del Programa de salud de USAID/B, orientado a los indicadores definidos en el PMP del Programa de Salud de USAID/B

Asimismo, se diseñó e implementó el Sistema Integrado de Monitoreo y Evaluación SIME, el cual contiene información de los indicadores PMP/OP del Programa de Salud de USAID/B del FY 2012.

Finalmente se realizaron diferentes consultorías en respuesta a las demandas de USAID/B y del MSD, por ejemplo: “análisis de cuentas nacionales en salud, serie 2003-2010 y preliminar 2011”; “análisis del cumplimiento de las regulaciones ambientales 22 - CFR216 por parte de los socios implementadores”.

1 INTRODUCCIÓN

El sector salud en Bolivia enfrenta varios desafíos en sus diferentes niveles, entre estos obstáculos referidos a acceso y calidad a los servicios de salud, especialmente a nivel rural. La dispersión de la población y diversidad cultural, desafían la situación de la salud, reduciendo el impacto de los esfuerzos, la capacidad constructiva, la sostenibilidad y la institucionalización. Además, la discriminación social, lingüística y cultural, restringe el acceso de la población indígena -que representa alrededor de la mitad de la población total de Bolivia- a los servicios de salud. Asimismo, la calidad de estos servicios es desigual y particularmente deficiente en el área rural.

Bolivia, tiene una población estimada de 10.426.154 habitantes (2010) y una tasa anual de crecimiento intercensal a nivel nacional de 2,01%. El 66% de la población reside en área urbana y 34% en área rural. La esperanza de vida al nacer es de 63,84 años, la tasa global de fecundidad es de 3,5 hijos por mujer y la tasa bruta de natalidad es de 28 por 1000 personas.¹

La tasa bruta de mortalidad general es de 7,7 por 1000 habitantes, estimada para el periodo 2000-2005. La razón de mortalidad materna en el periodo 1999-2003 fue de 229 por 100.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad infantil, de 50 por 1000 nacidos vivos para el periodo 2004-2008. La cobertura de parto institucional en el periodo 1996-2006, tuvo un comportamiento creciente, pero todavía 3 de cada 10 madres tienen su parto en domicilio. La ENDSA 2008 ha identificado los problemas básicos de acceso que enfrentan las mujeres, mostrando que el 92% de las bolivianas identifica al menos un problema de acceso.

En respuesta a estos desafíos el Estado Plurinacional de Bolivia y, el Ministerio de Salud (MSD) han definido los fundamentos estratégicos para la transformación del sector, a través de la elaboración y ejecución de los lineamientos del Plan de Desarrollo Sectorial 2006-2011 “Movilizados por el Derecho a la Salud”.

En el marco de la Bolivia Digna, las políticas nacionales de salud, están fundamentadas, como nunca antes, en la Nueva Constitución Política del Estado y en la Ley de Autonomías y Descentralización. A partir de ellas, la visión de la salud de los bolivianos para *Vivir Bien*, parte de las cosmovisiones de los pueblos indígenas originarios fuertemente vinculadas al respeto de la naturaleza y a un modo de realización humana desde una vivencia holística y comunitaria.

La nueva política de salud (SAFCI) orienta las acciones a la satisfacción de las necesidades y demandas de la persona, la familia y la comunidad. Establece un nivel de gestión participativa, que impulsa la toma de decisiones conjuntas en la gestión de salud entre el personal de salud, la comunidad y el gobierno municipal. Así como un modelo de atención, organizado y dirigido a la promoción de la salud, prevención de enfermedades, mediante la prestación de servicios de salud integrales e interculturales comprendiendo no sólo la enfermedad, sino a la persona en su ciclo de vida, su alimentación, su espiritualidad y su cosmovisión relacionadas al espacio socio-económico, cultural y geográfico de donde proviene el usuario, la familia y la comunidad. Un cambio clave es la integración de las comunidades y grupos de la sociedad civil en la toma de decisiones relacionadas a la gestión de la salud.

Bajo esta perspectiva USAID/Bolivia, dentro de su Programa de Salud 2011-2017 dirigido a “Reducir la Exclusión Social en Salud en Áreas objetivo de Bolivia” está implementando una estrategia de tres puntas y ha encargado al Proyecto Comunidades Saludables/HCP, trabajar en coordinación con otros socios implementadores como FORTALESSA UNICEF, FORTALESSA OPS, MCHIP, PROSALUD/PROMESO, CIES/OPCIONES, para enfocarse en el ámbito comunitario en alineamiento con las políticas y normas nacionales de salud dentro del marco de la SAFCI.

¹ ENDSA 2008

TABLA 1: MATRIZ DE RELACIONAMIENTO DE DEL PROYECTO CON LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD

PROYECTO DE COMUNIDADES SALUDABLES-MATRIZ DE RELACIONAMIENTO

Marco programático PLAN DE DESARROLLO SECTORIAL / MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES				INTERVENCIONES DE USAID / BOLIVIA: COMUNIDADES SALUDABLES RESULTADOS INTERMEDIOS (RI)		
Eje	Objetivo	Programa	Proyecto	RI1. Fortalecidos los Sistemas operativos y la gestión participativa en todos los niveles del sistema de salud (Gestión Participativa y Liderazgo).	RI 2. Acceso incrementado y mejora de la calidad de la atención en salud intercultural (Acceso y Calidad).	RI 3. Población rural menos atendida empoderada para buscar/obtener atención en salud culturalmente apropiada (Equidad y Derechos).
1. Acceso Universal al Sistema Único, de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural.	Efectivizar el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad sin costo en el punto de atención, para toda la población, en sus diferentes ciclos de vida y en igualdad de condiciones.	Universalización y equidad del acceso al Sistema de Salud	1.1 Recursos Humanos y Redes de Salud con Calidad	<p>RI 1.4: Mejorada la capacidad de los Actores Municipales para asegurar que la gestión de los servicios de salud sea equitativa, efectiva y eficiente.</p> <p>1.4.1. Consejos Sociales Municipales de Salud (CSMS) en municipios objetivos funcionan y se desempeñan de acuerdo a las normas SAFCI.</p> <p>1.4.2. Capacidad incrementada de los DILOS para producir POAs del sector salud que reflejen las necesidades identificadas a través de procesos participativos.</p> <p>RI 1.5: Incrementada la participación de los proveedores de salud y CLS en planificación,</p>	<p>RI 2.4: Mejorada la capacidad de los centros de salud para aplicar normas y protocolos y responder a las necesidades locales.</p> <p>2.5.1. Fortalecida la capacidad de las comunidades para identificar, definir y comunicar a niveles más altos del sistema de salud su propia definición de calidad y acceso</p> <p>2.5.3. Los ACS refieren a los miembros de la comunidad a establecimientos de salud en forma correcta.</p> <p>2.5.4 Conocimiento de conductas saludables y prácticas de prevención mejoradas para intervenciones probadas que salvan vida</p>	<p>RI 3. Población rural menos atendida empoderada para buscar/obtener atención en salud culturalmente apropiada (Equidad y Derechos).</p> <p>RI 3.3 Fortalecida la habilidad de los actores municipales para identificar y eliminar barreras al ejercicio de sus derechos</p> <p>RI 3.4 Capacidad mejorada de todos los miembros de la comunidad para identificar soluciones a sus problemas de salud y obtener acceso a la atención en salud.</p> <p>3.4.1. Los miembros de la comunidad han aumentado el conocimiento de derechos y los mecanismos para ejercerlos.</p> <p>3.4.3. Los mecanismos para institucionalizar la movilización social (ALS, CLS, CAI) probados, adaptados funcionando.</p>

			<p>administración y monitoreo de actividades de salud.</p> <p>1.5.1. Decisiones sobre la priorización de actividades de salud local en postas de salud y centros de salud son identificadas a través de la información compartida a través de los CAIs comunitarias y/u otros procesos con base en la comunidad.</p> <p>1.5.2. ALS representan a sus comunidades efectivamente en CLS.</p> <p>1.5.3. CLS en comunidades objetivo funcionan y se desempeñan de acuerdo a las normas SAFCI.</p> <p>1.5.4. Capacidad incrementada de la comunidad para identificar y realizar cabildeo para intervenciones relacionadas con los determinantes sociales y económicas de la salud.</p>	<p>especialmente para madres y niños.</p> <p>2.5.6. Los ACS priorizan las visitas domiciliarias en forma apropiada, miden y pesan a los niños y desarrollan intervenciones educativas en sus comunidades.</p> <p>2.5.7. Los ACS alcanzan un promedio de un año de servicio.</p>	
			<p>1.2 Saberes Ancestrales, Medicina Tradicional, Intraculturalidad e Interculturalidad</p>	<p>RI 2.5: Incrementada la habilidad de los proveedores de salud a nivel comunitario para brindar atención en salud culturalmente apropiada y comunicar conocimientos sobre conductas más saludables y prácticas de</p>	

					prevención.	
			1.3 Gratuidad del Acceso a Servicios de Salud Integrales			
2. Promoción de la Salud y Movilización Social	Incidir en la transformación de las determinantes de la salud a partir de la participación social e intersectorial, en el marco del derecho a la salud.	Gestión Participativa y Movilización por el derecho a la salud	2.1 Intersectorialidad para Vivir Bien	<p>1.4.2. Capacidad incrementada de los DILOS para producir POAs del sector salud que reflejen las necesidades identificadas a través de procesos participativos.</p> <p>1.4.4. Alianzas estratégicas formadas para apalancar fondos y promover Actividades/estrategias que encaren las determinantes sociales y económicas de la salud en comunidades y municipios.</p> <p>1.5.4. Capacidad incrementada de la comunidad para identificar y realizar cabildeo para intervenciones relacionadas con las determinantes sociales y económicas de la salud.</p>	2.5.8. Disminución de factores de riesgo relacionados a la salud a nivel comunitario (mejorado el acceso al agua y saneamiento, mejora de la situación en referencia a otras determinantes de la salud).	

			2.2 Equidad y Protección para Grupos Vulnerables	1.5.4. Capacidad incrementada de la comunidad para identificar y realizar cabildeo para intervenciones relacionadas con las determinantes sociales y económicas de la salud.		3.4.5. Proceso competitivo de sub donaciones establecido para apoyar la implementación de los planes de acción comunitarios enfocados en temas relacionados con salud neonatal, Materna/Infantil, Salud Reproductiva y violencia.
			2.3 Educación en Salud para la Vida	4.4 Programa de Comunicación en Salud de USAID	2.5.2. Materiales de IEC y BCC para los ACS y establecimientos de salud de primer nivel se enfocan en mensajes comunes. 2.5.5. Conductas más saludables y medidas preventivas adoptadas por los miembros de la comunidad. 4.4. Programa de Comunicación en Salud de USAID	
3.Rectoría Soberanía Salud	y en Recuperar y ejercer la autoridad sanitaria soberana de las instituciones que conducen y dirigen el Sector en el marco de las Autonomías.	Gobernanza en Salud	3.1 Fortalecimiento de la Capacidad de Gestión Técnica y Financiera	1.4.2. Capacidad incrementada de los DILOS para producir POAs del sector salud que reflejen las necesidades identificadas a través de procesos participativos. 1.4.3. Porcentaje incrementado de actividades ejecutadas descritas en el POA de salud. 1.5.1. Decisiones sobre la priorización de actividades de salud local en postas de salud y centros de salud son	RI 2.4: Mejorada la capacidad de los centros de salud para aplicar normas y protocolos y responder a las necesidades locales. 2.4.1. Incrementada la comprensión de las definiciones locales de “acceso” y “calidad” por parte de los proveedores de salud. 2.4.2. Incrementadas las referencias/retorno entre los establecimientos de salud y los Agentes Comunitarios de Salud Comunitarios.	3.3.1. Las autoridades municipales y miembros de la comunidad informadas sobre los derechos de salud, motivadas y participando de manera activa en la gestión municipal del sector de salud para mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud a las necesidades de los usuarios 3.3.2. Las autoridades municipales buscan y usan la información de los CSMS de manera analítica para identificar y eliminar las barreras para ejercer los derechos eliminar las barreras al ejercicio de derechos. 3.4.2. Las comunidades tienen mayor capacidad para cabildear por servicios basados en derechos. 3.4.5. Proceso competitivo de sub donaciones establecido para apoyar la implementación de los planes de acción comunitarios enfocados en temas relacionados con salud neonatal, Materna/Infantil, Salud Reproductiva y violencia.

				<p>identificadas a través de la información compartida a través de los CAIs comunitarias y/u otros procesos con base en la comunidad.</p> <p>RI 2.4: Mejorada la capacidad de los centros de salud para aplicar normas y protocolos y responder a las necesidades locales.</p>	<p>2.4.3. Incrementada la capacidad de supervisar a los Agentes Comunitarios de Salud por parte del personal de salud</p>	
			<p>3.2 Conducción Nacional y Autonomías Territoriales</p>	<p>1.4.2. Capacidad incrementada de los DILOS para producir POAs del sector salud que reflejen las necesidades identificadas a través de procesos participativos.</p>		
			<p>3.3 Soberanía e Inteligencia Sanitaria</p>	<p>4.1. Asistencia Técnica en Apoyo al MSD y los SEDES.</p>	<p>4.1. Asistencia Técnica en Apoyo al MSD y los SEDES.</p>	<p>3.4.4. Directrices y materiales para la institucionalización de la movilización social desarrollado y validado</p>

2 ENFOQUE ESTRATÉGICO

El proyecto Comunidades Saludables (HCP) se enmarca en las políticas y normas nacionales vigentes de salud: i) Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI); ii) Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y iii) Salud Materna-Neonatal (SMN).

El proyecto está aportando a la implementación de estas políticas nacionales desde una perspectiva de gestión concertada, que integra las transversales de interculturalidad, género y el derecho a la salud con actividades de promoción y prevención de la salud. HCP ha implementado las siguientes directrices estratégicas para este efecto:

1. Trabajo a través del sistema de salud

El mandato desde el MSD es que el personal del sistema de salud lidere la implementación de la política de salud SAFCI, en esa línea HCP esta trabajando de manera conjunta al personal de salud, como principal estrategia de sostenibilidad, alineado con el Plan de Desarrollo Sectorial en Salud que enfatiza la rectoría del MSD en el sector salud.

Durante el FY 2012, a través de gestiones con los SEDES de La Paz y Chuquisaca, los equipos locales (facilitadores y supervisores de campo) del proyecto fueron reconocidos como parte de los equipos de las respectivas *Coordinaciones de Red*, que implementan acciones de promoción de la salud. Este trabajo ha representado, para los equipos locales del proyecto, tiempo (muchas veces prolongados) dedicado a aspectos de coordinación y negociación, lo que ha requerido adecuarse a la dinámica de trabajo del personal de salud y personal de los gobiernos autónomos municipales del área de cobertura del proyecto. Así mismo el personal técnico de oficina nacional coordina sus actividades con personal de los SEDES y diferentes reparticiones del MSD, para coordinar la línea técnica e implementarla localmente.

Durante la siguiente gestión, se ha definido fortalecer esta estrategia, partiendo del desarrollo de las capacidades del personal local del proyecto y luego reforzando los procesos de planificación, implementación, monitoreo y evaluación conjunta de las actividades del proyecto con el personal de los SEDES.

2. Implementación gradual del proyecto

El área del proyecto incluye un total de 11 redes de salud, 6 en Chuquisaca y 5 en La Paz más la red Los Andes de El Alto. Estas redes de salud incluyen 56 municipios y algo más de 500 establecimientos de salud. El proyecto trabaja en la totalidad del departamento de Chuquisaca excepto en la red urbana Sucre.

El proyecto planteó implementar sus acciones integrales ingresando de manera gradual a los municipios de las redes de cobertura del proyecto. En el caso de la red Los Andes las acciones del proyecto serán puntuales e incluyen acciones del componente de atención: calidad concertada, organización de la referencia y contra referencia comunitaria, comunicación por medios masivos, acompañamiento técnico; en el componente de gestión, fortalecimiento de la estructura social y acompañamiento técnico administrativo y financiero a la Dirección Municipal de Salud (DIMUSA).

Durante esta gestión se contrataron dos facilitadores por municipio para iniciar el trabajo en los 11 municipios cabecera de red y sus establecimientos de salud. Este aspecto permitió sentar presencia institucional en esas redes y promover trabajo conjunto con el personal local de salud, los equipos de las Coordinaciones de Red, los gobiernos municipales y la comunidad organizada.

Estaba previsto que desde el segundo año el proyecto expanda sus actividades, en cada red, a municipios priorizados a partir de variables como nivel de pobreza, situación de indicadores de salud clave, accesibilidad geográfica, etc. (adjunto cuadro).

A partir de acuerdos establecidos con los SEDES de La Paz y Chuquisaca y los socios FORTALESSA (UNICEF, OPS/OMS, MCHIP y DELIVER), para el año 2013, el proyecto definió ajustar la estrategia de ingreso gradual a municipios de cada red, con ingreso a la totalidad de los municipios de redes priorizadas, donde se coincida en presencia con los otros socios FORTALESSA, manteniendo presencia en las cabeceras de red donde el proyecto ha iniciado sus actividades (adjunto cuadros ajustados de ingreso a los municipios).

3. Desarrollo de capacidades locales.

El proyecto se orientó en el desarrollo de capacidades locales como una forma de contribuir a la sostenibilidad técnica de las acciones a nivel local. En ese marco las intervenciones se focalizaron en el fortalecimiento de personas así como de instancias: el personal de los establecimientos de salud, la estructura social SAFCI: Autoridades Locales de Salud (ALS), los Comités Locales de Salud (CLS) y los Consejos Sociales Municipales de Salud (CSMS); así como los Directorios Locales de Salud (DILOS); y los Agentes Comunitarios de Salud (ACS).

El equipo de campo del proyecto compuesto por facilitadores, supervisores y coordinadores departamentales, con asistencia de los especialistas a nivel nacional, brindaron acompañamiento técnico al personal de salud para el desarrollo de acciones de información y capacitación en la comunidad respecto de la política SAFCI. Estaba previsto que el equipo de campo trabaje con el personal de salud, en las siguientes intervenciones: i) facilitar el acceso a información sobre normas técnicas, estratégicas, herramientas y materiales para la aplicación de la política SAFCI, materiales de capacitación sobre mensajes clave en salud relacionados a SMI, SSR, TB, VBG, derecho a la salud, entre otros; ii) revisión de métodos comunicacionales para trabajo con la comunidad y la conducción de CAIs; iii) brindar apoyo para el desarrollo de actividades como el CAI sectorial, el CAI comunitario principalmente y las actividades de los CLS, DILOS y CSMS, incluyendo la articulación con los médicos tradicionales; iv) fortalecer a los CLS y ALS, ayudando a reforzar su imagen y su institucionalización a través de la generación de proyectos para sus comunidades (pequeñas donaciones) por ejemplo.

Durante el FY 2012, el equipo del proyecto organizó, planificó y ejecutó planes de información y capacitación para los actores locales clave (personal de salud, del gobierno municipal y de la estructura social en salud) a partir de guías estratégicas elaboradas por el personal especialista del proyecto para cada temática específica. Estaba previsto luego que los facilitadores en campo acompañen al personal de salud para su aplicación en comunidad a partir de planes de réplica elaborados para el efecto. Este aspecto demandó de mucho esfuerzo de coordinación del equipo de campo para promover acciones en comunidad a través del personal de salud, razón por la cual se definió que los equipos implementen

actividades directas en campo, como capacitaciones, asistencia técnica e identificación de ALS, entre otras.

Para el FY 2013 el proyecto ha definido mantener la estrategia mixta de implementación de actividades a través del sistema de salud así como implementación directa de actividades en la comunidad.

En relación a las sub donaciones, HCP definió no financiar los proyectos para los CLS de manera directa como estaba previsto originalmente, principalmente porque los miembros de los CLS permanecen corto tiempo en sus cargos poniendo en riesgo la implementación y el manejo financiero. Por lo tanto se decidió que las sub donaciones se orientarán a grupos de adolescentes del ciclo secundario de unidades educativas y a organizaciones sociales de mujeres, con el requisito de incluir a miembros de los CLS en estas actividades.

4. Alianzas estratégicas.

El proyecto determinó establecer alianzas estratégicas con otros actores u organizaciones en diferentes niveles para potenciar los diferentes objetivos del proyecto, para complementar y fortalecer las acciones de HCP.

Durante el FY 2012, el proyecto firmó cartas de entendimiento con 5 gobiernos autónomos municipales de La Paz e inició acuerdos de trabajo con Plan Internacional y FOREDES de la cooperación Técnica Belga. De manera continua se realizan actividades coordinadas con los socios FORTALESSA, MCHIP y DELIVER.

Para el FY 2013, el proyecto seguirá explorando, junto con los DILOS y otras instancias municipales la conformación de alianzas estratégicas con el propósito de canalizar fondos destinados a trabajar con temas de las determinantes sociales y económicas de la salud. Además se promoverá firma de cartas de entendimiento con los gobiernos autónomos municipales de Chuquisaca y los nuevos municipios de La Paz.

5. Estrategia de comunicación y empoderamiento de la comunidad

El proyecto ha previsto implementar actividades de comunicación y capacitación orientadas a empoderar a la comunidad y promover la adopción de comportamientos saludables, el ejercicio del derecho a la salud y la movilización comunitaria.

El Ciclo de Acción Comunitario fue seleccionado como metodología para el empoderamiento a grupos de adolescentes y organizaciones sociales, que además permitirá identificar y priorizar problemas de salud, sus determinantes sociales y proponer planes para resolverlos.

Para promover conductas saludables en la población beneficiaria estaba previsto implementar la estrategia de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC), estrategia que el proyecto tenía previsto adaptar y aplicar a partir de una evaluación inicial y el diseño de una estrategia comunicacional. A partir de ello estaba previsto plantear la revisión y adaptación de los mensajes y materiales educativos producidos por el MSD, los socios de la Estrategia de Salud de USAID/B y otras organizaciones trabajando en el tema.

Durante el FY 2012, el MSD (Unidad de Promoción de la Salud) planteó la *Educación en Salud para la Vida*, que promueve una educación horizontal y constructiva en forma participativa con la comunidad, como uno de los cuatro mecanismos de implementación de la promoción en salud; por lo tanto HCP adecuó su propuesta comunicacional y está actualmente en proceso de diseño de las herramientas y materiales para su implementación. Por otra parte el MSD está diseñando una estrategia comunicacional para el nivel nacional conjuntamente a UNICEF a la cual HCP se alineará oportunamente.

Para el FY 2013, HCP enfatizará sus acciones comunicacionales y de empoderamiento basados en el Ciclo de Acción Comunitaria y la Educación en Salud para la Vida siendo uno de sus componentes la promoción de prácticas saludables en diferentes grupos poblacionales a partir de comunicación por medios masivos como radio, unidades móviles, apoyo a ferias de salud, entre otros, que se basen en mensajes clave y la educación-entretenimiento.

3 Enfoque metodológico

GRÁFICO 1: ENFOQUE METODOLÓGICO



3.1 COBERTURA DE IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES

El área del proyecto está constituida por 11 redes de salud, distribuidas en Chuquisaca (6 redes de salud) La Paz (5 redes) y la Red de Salud “Los Andes” de la ciudad de El Alto.

En el cuadro siguiente se observa la propuesta de ingreso para el FY 2012. Para esto, se consideraron variables de nivel de pobreza², la clasificación de municipios por variables socioeconómicas³ y la cobertura de red de salud

TABLA 2: COBERTURA DE IMPLEMENTACIÓN DE HCP FY2012

CHUQUISACA

	Redes	Municipios
1	Azurduy	Azurduy
2	Camargo	Camargo
3	Padilla	Padilla
4	Sucre rural	Poroma
5	Monteagudo	Monteagudo
6	Tarabuco	Tarabuco

LA PAZ

	Redes	Municipios
1	Andes Manco Kapac (Red 5)	Batallas
2	Camacho (Red 3)	Puerto Carabuco
3	Inquisivi (Red 15)	Quime
4	Luribay/Red 14	Luribay
5	Yungas (Red 8)	Coroico
6	Los Andes	El Alto

² Datos proporcionados en una presentación de SEDES

³ USAID- Socios para el desarrollo “Clasificación de municipios por criterios de salud”, La Paz, Socios para el Desarrollo/PROSALUD, 2012, 147

GRÁFICO 2: COBERTURA EN EL DEPARTAMENTO DE CHUQUISACA

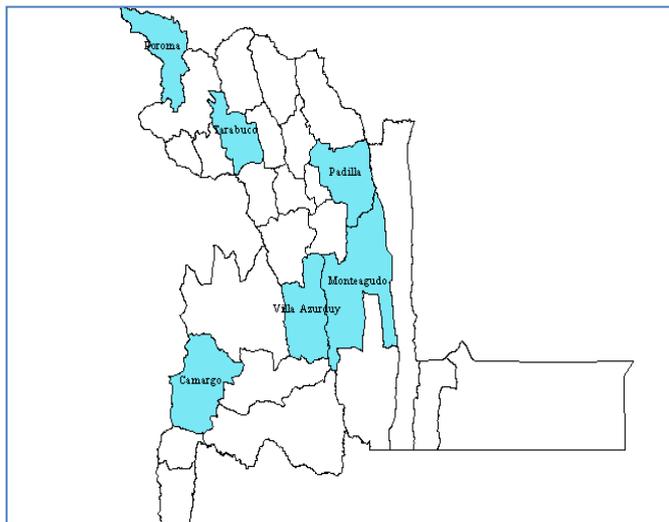
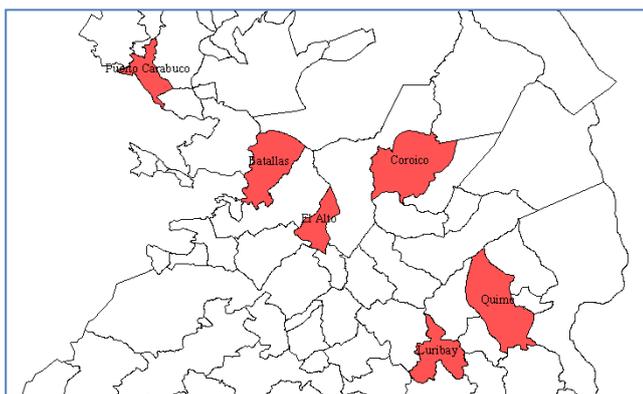


GRÁFICO 3: COBERTURA DEL PROYECTO EN LA PAZ



4 AVANCES

RI.1. Fortalecidos los sistemas operativos y la gestión participativa en todos los niveles del sistema de salud (Gestión Participativa y Liderazgo).

HCP, a través de su equipo técnico nacional y local, apoyó en el desarrollo de capacidades locales promoviendo responsabilidades conjuntas entre la estructura social de la SAFCI (ALS, CLS y CSMS), el sector salud, las autoridades municipales y DILOS, capacitando en Gestión Participativa Local en Salud y Gestión Municipal en Salud, en el marco de las políticas públicas en salud vigentes.

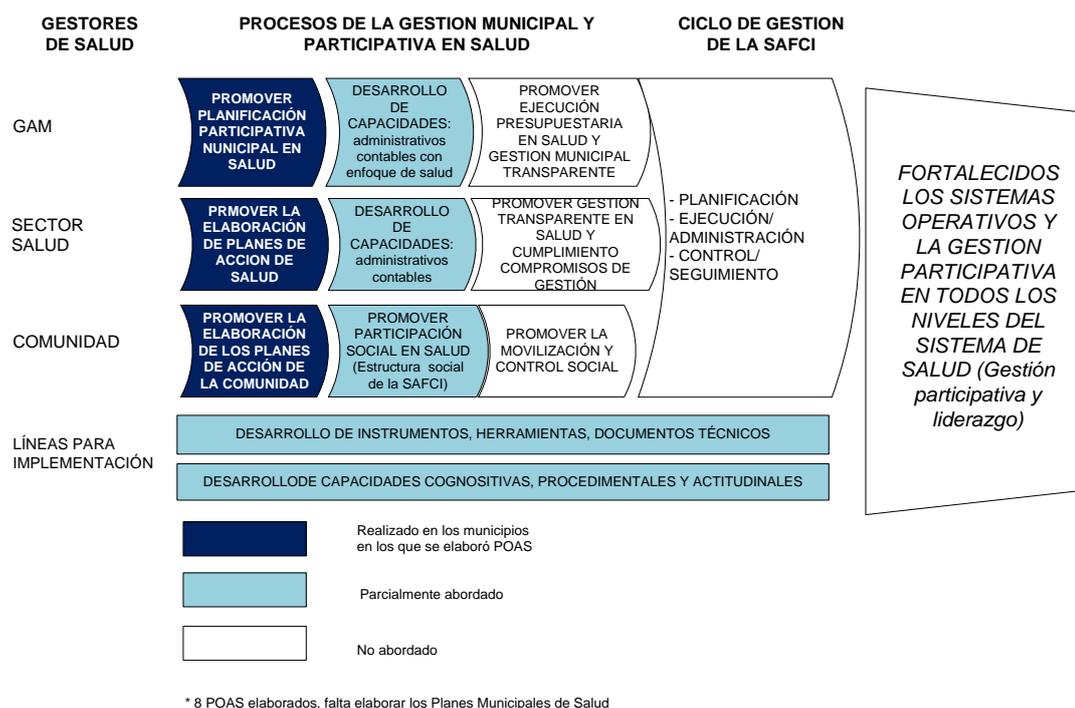
Se realizó la transferencia de habilidades técnicas en:

- Elaboración del POA – PPTO en salud que reflejan las necesidades locales y se traducen en acciones concretas para encarar las determinantes sociales y económicas dando énfasis a la promoción de la salud. Estas acciones aseguraron que la comunidad organizada canalice sus demandas y sean insertadas en el POA – PPTO municipal general.

- Elaboración de Reglamentos Internos de los DILOS, los CSMS y los CLS para el fortalecimiento de la institucionalidad y la gestión de estas instancias para el cumplimiento de sus competencias, roles y funciones de acuerdo a la norma vigente.

Para la realización de estas actividades se coordinó y consensuó con el equipo técnico de los SEDES de La Paz y Chuquisaca y con los socios FORTALESSA en el marco de la rectoría del MSD. A continuación se muestra el gráfico de los procesos de implementación del RI.1.

GRÁFICO 4: PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL RI.1



1.1 RESULTADO INTERMEDIO 1.

1.1.1 DESCRIPCIÓN DE LOS AVANCES RI 1.4

- Se promovió la conformación de Consejos Sociales Municipales de Salud en 7 de 11 municipios seleccionados, previa conformación de CLS e identificación de ALS.
- Dentro del fortalecimiento a la estructura social se realizaron capacitaciones en Roles y Funciones en el marco del componente de Gestión de la SAFCI y Marco Legal de la Gestión Municipal en Salud. Se apoyaron a Directorios Locales de Salud – DILOS y Consejos Sociales Municipales de Salud en la elaboración de sus Reglamentos Internos.
- Se promovió la participación de los CSMS en las etapas de elaboración de los programas operativos anuales (CAI Municipal de Planificación, Mesa Municipal de Salud de Planificación, Reunión Ampliada del DILOS) de acuerdo a las competencias establecidas por el marco jurídico.
- Se elaboraron 8 POAs - Presupuestos municipales de salud 2013 aprobados por sus respectivos DILOS:
 - ✓ Chuquisaca: Azurduy, Camargo, Padilla y Yamparaez.
 - ✓ La Paz: Puerto Mayor Carabuco, Batallas, Luribay y Quime.

- Se realizaron 24 eventos (3 en 8 municipios) de planificación participativa municipal en salud:
 - ✓ 8 CAIs Municipales de Salud de Planificación: Presentación de Informes de avance de cada gestor de Salud y entrega de Formularios de Demanda.
 - ✓ 8 Mesas Municipales de Salud de Planificación: Priorización de demandas en base a criterios concertados.
 - ✓ 8 Reuniones Ampliadas DILOS: Aprobación del POA-PPTO de Salud, mediante Resolución DILOS.
- El presupuesto total de Salud para actividades de funcionamiento, equipamiento y programas nacionales, (sin infraestructura) en los 8 Municipios alcanzó a Bs 19.656.755, que representan un incremento porcentual de 12% respecto el Presupuesto 2012. Asimismo, el Presupuesto asignado para la actividad presupuestaria **Promoción de la Salud** en los 8 Municipios es de Bs 563.508.
- Se lograron movilizar a más de 900 autoridades municipales, dirigentes de barrios y comunidades y personal de salud, en los 8 municipios.
- Se concluyeron y socializaron (en reuniones informativas) 12 diagnósticos de procesos administrativos y financieros en establecimientos de salud y Gobiernos Municipales, que determinan fortalezas y debilidades que permitirán orientar el acompañamiento técnico correspondiente en:
 - ✓ Formulación del Presupuesto y seguimiento a la ejecución presupuestaria en salud,
 - ✓ Contabilidad (correcto registro de los recursos y su uso) y tesorería,
 - ✓ Contrataciones, Activos Fijos y Almacenes (SABS).
- Se culminaron y presentaron los resultados del Estudio Comparativo del Esfuerzo Local en Salud de las gestiones 2010, 2011 y presupuesto inicial 2012, que permiten establecer el grado de sostenibilidad financiera determinado por el grado de ejecución presupuestaria en salud en 11 municipios, obteniéndose la siguiente clasificación:
 - ✓ 4 Municipios con Alto esfuerzo local (mayor a 15%) y buena capacidad de ejecución presupuestaria (mayor al 80%): Azurduy, Padilla, Luribay y Puerto Mayor Carabuco;
 - ✓ 2 Municipios con Regular esfuerzo local (entre 10% y 15%) y regular capacidad de ejecución presupuestaria (entre 65% y 80%): Tarabuco y Coroico;
 - ✓ 5 Municipios con Bajo esfuerzo local (menor a 10%) y bajo capacidad de ejecución presupuestaria (menor a 65%): Monteagudo, Camargo, Poroma, Quime y Batallas.
- Se cuenta con información de ejecución presupuestaria en salud a agosto de 2012 en actividades de funcionamiento del servicio (sin construcciones) de 8 municipios según se indica a continuación:
 - ✓ 28% considerando pagos a seguros públicos.
 - ✓ 37% sin considerar pagos a seguros públicos.

1.1.1.1 Logros del RI 1.4

TABLA 3: RESUMEN DE LOS PRINCIPALES LOGROS DEL RI 1.4

Municipios	Resultado Intermedio I/1.4						
	CSMS conformados	CSMS Con RI	DILOS Con RI	POA-PPTO 2013	POA-PPTO 2013 ⁴	Incremento 2012 a 2013	PPTO Promoción de la Salud
Chuquisaca							
<i>Azurduy</i>	Si		Si	SI	Bs.2.531.555	5%	Bs. 160.000.-
<i>Camargo</i>	Si			SI	Bs.2.730.705	11%	Bs. 100.000.-
<i>Padilla</i>	Si		Si	SI	Bs.3.323.300	13%	Bs. 10.000.-
<i>Yamparaez</i>	Si		Si	SI	Bs.1.790.734	13%	Bs. 86.973.-
<i>Poroma</i>	Si						
<i>Monteagudo</i>	Si						
<i>Tarabuco</i>			Si				
La Paz							
<i>Batallas</i>				SI	Bs.4.318.208	25%	Bs. 100.000.-
<i>Pto.My. Carabuco</i>	Si			SI	Bs.2.580.606	12%	Bs. 100.000.-
<i>Quime</i>				SI	Bs.1.216.419	20%	Bs. 25.000.-
<i>Luribay</i>				SI	Bs.1.869.837	45%	Bs. 50.000.-
<i>Coroico</i>							
<i>El Alto</i>							

1.1.2 DESCRIPCIÓN DE LOS AVANCES RI 1.5

- Se trabajó principalmente en la identificación de Autoridades Locales de Salud para luego apoyar en la conformación de los Comités Locales de Salud, logrando conformar 52 Comités Locales de Salud de 104 esperados.
- Dentro del fortalecimiento a la estructura social se realizaron capacitaciones en Roles y Funciones en el marco del componente de Gestión de la SAFCI y Marco Legal de la Gestión Municipal en Salud. Se brindó acompañamiento técnico a Comités Locales en la elaboración de sus Reglamentos Internos.
- Se apoyó en la elaboración de Planes de Acción de las Autoridades Locales de Salud en 2 municipios de Chuquisaca recolectando las demandas de la comunidad con orientación a las determinantes sociales y su posterior priorización para ser enviadas al Establecimiento de Salud de su jurisdicción territorial. En el sector salud se propicio el desarrollo de los planes de acción del servicio de salud a través de la movilización social, con la participación activa de los Comités Locales de Salud.

⁴ Se programó la elaboración de 4 POAs PPTO en salud y se logró apoyar en la elaboración de 8.

1.1.2.1 Logros del RI 1.5

TABLA 4: RESUMEN DE LOS PRINCIPALES LOGROS DEL RI 1.5

<i>Municipios</i>	<i>Resultado Intermedio 1/ 1.5</i>			
	<i>ALS</i>	<i>CLS conformados</i>	<i>CLS con RI</i>	<i>Planes de Acción⁵</i>
Chuquisaca				
<i>Azurduy</i>	33	9	9	SI
<i>Camargo</i>	27	6		SI
<i>Padilla</i>	26	4		SI
<i>Yamparuez</i>	17			SI
<i>Poroma</i>	41	8		
<i>Monteagudo</i>	70	7	1	
<i>Tarabuco</i>		8		
La Paz				
<i>Batallas</i>	5			SI
<i>Pto.My. Carabuco</i>	18			SI
<i>Quime</i>	8			SI
<i>Luribay</i>	29			SI
<i>Coroico</i>	22			
<i>El Alto</i>	22			



Firma de cartas de entendimiento entre HCP y gobiernos autónomos municipales de cabeceras de red de salud de La Paz, refrendadas por USAID/B

⁵ Se programó la elaboración de 4 POAs PPTO en salud con planes de acción comunitaria y sectorial y se logro apoyar en la elaboración de 8.

1.2 RESULTADO INTERMEDIO 2.

El RI 2 prevé mejorar el acceso y la calidad de atención en salud con enfoque intercultural. En esta línea, HCP está contribuyendo en la mejora de las capacidades del personal de salud para responder a necesidades locales y está promoviendo iniciativas tendientes a incrementar las habilidades en actores y proveedores de salud de la comunidad para lograr una atención en salud culturalmente apropiada.

En el FY2012, HCP diseñó el marco conceptual del componente de atención cuyo eje central es la re organización de los servicios de salud. A este marco se ha incluido la calidad desde la perspectiva de la comunidad, el sistema de referencia y contra referencia comunitario a partir de la articulación del trabajo entre el servicio de salud y proveedores locales de salud (entre ellos los ACS), la medicina tradicional, la promoción de las prácticas saludables y el seguimiento familiar.

Para mejorar las capacidades del personal de salud y responder a necesidades locales, las actividades de HCP se guiaron por las normas definidas por el MSD y se estableció un trabajo en estrecha coordinación con las unidades de Calidad y Acreditación, Redes de Servicios de Salud, Unidad de Promoción de los SEDES en ambos departamentos, como también con el personal de los servicios de salud a nivel local.

La respuesta al proceso de implementación del proyecto ha sido diferente en los departamentos de La Paz y Chuquisaca. En este último, se contó con el apoyo del SEDES quien instruyó a los diferentes servicios la implementación de las actividades planificadas con HCP o acompañaba en éstas, así también organizó eventos departamentales para el personal de salud, reforzando la información y/o capacitación. El SEDES La Paz, desarrolló las actividades en una dinámica más centralizada, y la implementación de los procesos de calidad partió de una reglamentación y plan departamental, al cual HCP se incorporó a estos procesos colaborando y/o acompañando con asistencia técnica en los procesos de mejora de calidad.

En ambos departamentos, el personal del proyecto ha propiciado la participación activa de la comunidad en las actividades relacionadas al componente de atención de la SAFCI y principalmente en calidad con enfoque de concertación, aspecto que en la evaluación nacional del PRONACS, ha generado reconocimiento de parte del MSD recomendándose que este enfoque se generalice y fortalezca.

En lo referente a incrementar habilidades de la comunidad y los proveedores locales de salud para lograr una atención en salud culturalmente apropiada, se ha trabajado con procesos informativos y eventos de socialización y análisis logrando aproximar a estos actores a los servicios de salud. En estos espacios se ha tomado decisiones en conjunto aspectos que han generado una relación más horizontal y de compromiso.

El Chuquisaca estos procesos se han dado de una manera más espontánea y el relacionamiento entre servicios de salud, población y autoridades es más dinámico, hay predisposición para llevar adelante procesos de mejora en la atención de salud en un marco participativo y de corresponsabilidad.

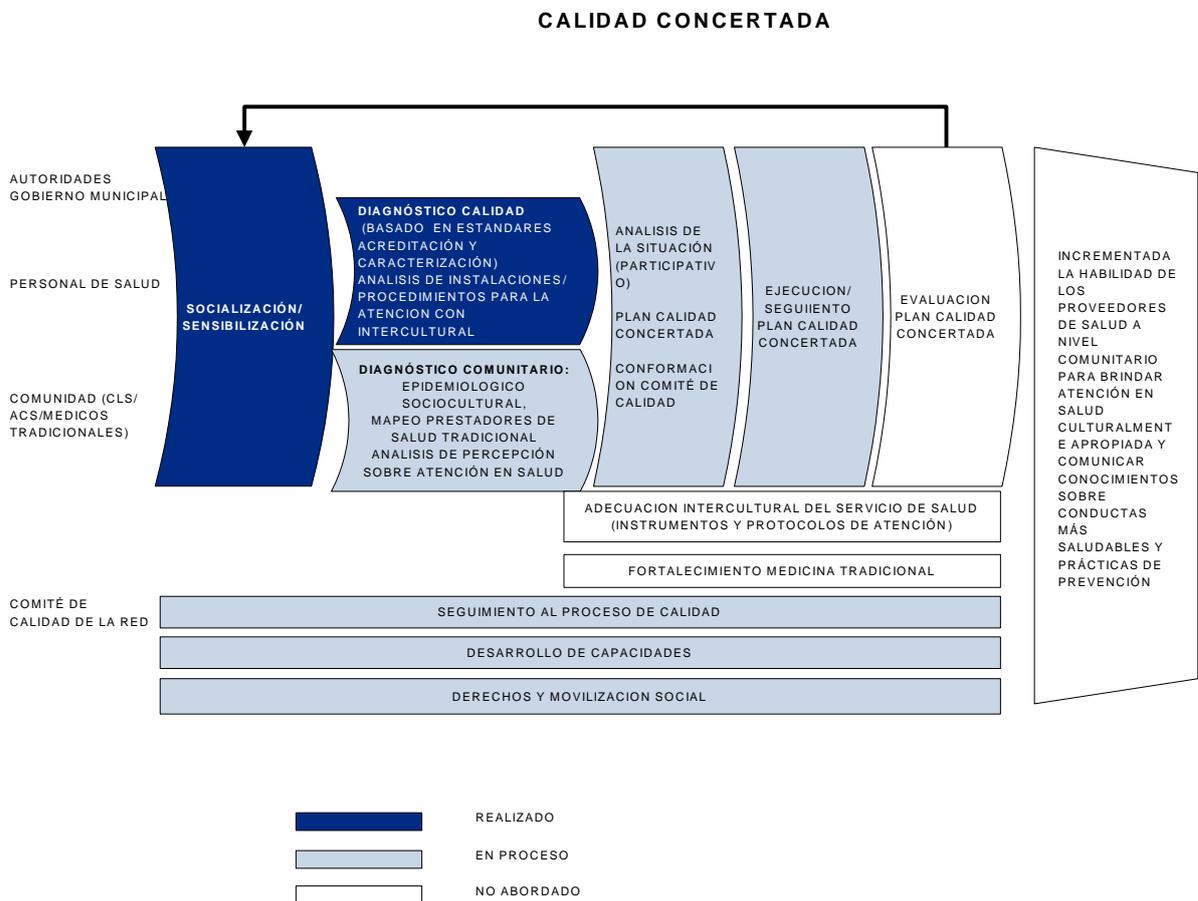
Respecto a proveedores locales se observa que han ido manteniendo un relacionamiento más sostenido aunque informal, la mayoría de los servicios de salud los identifica, aunque

muchos actualmente no están desarrollando actividades en las comunidades. Un hecho particular es que la mayoría de los ACS han pasado a conformar la estructura social representando ahora a la comunidad como ALS. Respecto a prestadores de salud que practican la medicina tradicional, éstos son reconocidos por el sistema de salud y existen experiencias aisladas de procesos de articulación pero aún no hay evidencia de procesos sostenidos.

En el departamento de La Paz existe un relacionamiento entre servicios de salud, población y autoridades municipales, pero la dinámica de articulación actualmente es más limitada. Respecto los proveedores locales se observa que hay mayor reserva para darse a conocer y son pocos los municipios que han trabajado de manera sostenida con ACS.

RI.2. Acceso incrementado y mejora de la calidad de la atención en salud intercultural (Acceso y Calidad)

GRÁFICO 5: PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL RI 2.



1.2.1 DESCRIPCIÓN DE LOS AVANCES R2.4

- Esquema de abordaje de HCP en el marco del componente de atención de la SAFCI diseñado.
- Estrategia, guías, contenidos y materiales de implementación de la calidad concertada, que incluye las siguientes etapas: Sensibilización/socialización, diagnóstico/análisis, ejecución/seguimiento y evaluación/redefinición de procesos, elaborados.

La estrategia de calidad concertada se implementó en los 11 municipios cabecera de red con el siguiente avance en las diferentes etapas:

- Sensibilización/Socialización: Reuniones informativa y talleres de socialización con el personal de salud, autoridades municipales y comunitarias en 11 municipios cabeceras de red. En este proceso se incluyó al menos un personal de salud de cada establecimiento de la red y las autoridades de la estructura social.
- Diagnóstico/Análisis: En el departamento de Chuquisaca se acompañó en la construcción de los diagnósticos basados en el análisis de estándares de acreditación para la calidad y se propició espacios de análisis con la comunidad y autoridades municipales en 5 servicios de salud (Camargo, Padilla, Yamparuez, Azurduy y Poroma). Así también en estos lugares se está construyendo planes de acción concertada y se han constituido los comités de calidad, quienes se responsabilizan de hacer el seguimiento a los planes de calidad.
- La Paz desarrolló los procesos de socialización, autoevaluación de los servicios de salud y se propició el análisis con acompañamiento de la sociedad civil en Quime, Carabuco y Luribay y la organización de los Comités de Acreditación de las Redes de Salud, como también la organización de los comités de calidad de los servicios de salud.

Respecto al componente de referencia/retorno comunitario:

- Se participó de la revisión de la Norma Nacional de Referencia y Retorno liderado por el MSD con apoyo de la OPS al que HCP aportó, incorporando elementos orientadores para la referencia y contra referencia comunitaria.
- Se socializó la Norma Nacional en la que participó el personal de salud y autoridades de la estructura social, prestadores locales de salud (ACS, médicos tradicionales) en 9 municipios cabeceras de red (Camargo, Padilla, Azurduy, Tarabuco, Poroma, Quime, Carabuco, Luribay y Batallas).
- Se desarrollaron talleres de análisis y organización de las redes de referencia y contra referencia comunitaria, plan de emergencia y atención oportuna en 4 municipios (Camargo, Quime, Carabuco y Batallas). Se contrató una consultoría para el diseño metodológico cuyos resultados de avance se muestran en anexo.

Respecto al trabajo con Agentes Comunitarios de Salud (ACS):

Se diseñó e implementó herramientas para diagnóstico básico sobre el trabajo local con ACS, cuyos principales resultados muestran:

- La mayoría de los municipios trabajaron con ACS, RPS y/o promotores, sin embargo no se encuentran activos o muchos de ellos han pasado a ser Autoridades Locales de Salud.
- El personal de salud no intervenía en los procesos de capacitación ni seguimiento y muestran debilidades para desarrollar estas actividades.

- Respecto a materiales utilizados para la capacitación, se observa que muchos elementos técnicos están contruidos con enfoque de enfermedad y poco orientados a la promoción, sin embargo están aún vigentes y bajo norma del MSD.

A partir de esta información se inició el diseño del programa de capacitación, monitoreo y evaluación para ACS considerando los programas establecidos por el MSD (Entre ellos AIEPI Nut).

Se inició también el diseño de la curricula para capacitación de facilitadores locales (personal de salud) de establecimientos de salud priorizados para capacitación de ACS, a desarrollarse en el siguiente trimestre.

Respecto al programa de Tuberculosis, se promovieron ciclos de mejora continua implementados en el programa TB en 40 establecimientos con apoyo directo de consultoras en los 2 departamentos: 10 establecimientos en Yungas Red 8,10 en Red Los Andes, 10 en Red Camargo y 10 en Red Sucre. De manera indirecta a 80 establecimientos a través del personal de salud. 120 equipos de mejora continua conformados, fortalecidos y liderando la calidad en el programa.

Como parte de los procesos de mejora, se han fortalecido 34 laboratorios en las redes priorizadas (28 en Chuquisaca y 6 en La Paz) en la calidad de las muestras de diagnóstico, la oportunidad en la entrega de resultados y la vigilancia de la TB MDR.

En general los resultados de fortalecimiento a la localización de casos nuevos de TB BAAR + (en los 40 establecimientos de trabajo directo con consultoras) analizando el trimestre abril-junio 2012 (previo a la intervención) en comparación con el trimestre julio-septiembre 2012, se evidencia un incremento de la captación de casos de 41% a 87% respecto de lo programado.

Finalmente se ha iniciado el estudio nutricional de pacientes con TB en El Alto, protocolo e instrumentos de campo validados y probados.

1.2.1.1 Logros del RI 2.4

TABLA 5: RESUMEN DE LOS PRINCIPALES LOGROS DEL RI 2.4

Municipios	Resultado Intermedio 2.4		
	Municipios con funcionarios capacitación en calidad concertada	Municipios con programa de TB fortalecido (captación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento).	Procesos de referencia y retorno comunitario validado
CHUQUISACA			
Azurduy	Si		Si
Camargo	Si	SI	
Padilla	Si		
Yamparaez			
Poroma	Si		
Monteagudo	Si		
Tarabuco	Si		
LA PAZ			
Batallas			
Pto.My. Carabuco			
Quime			
Luribay			
Coroico		SI	

1.2.2 DESCRIPCIÓN DE LOS AVANCES RI 2.5

Como parte de la dinámica que contribuye al mejoramiento de la habilidad de los proveedores de salud a nivel comunitario para brindar atención y orientar en prácticas saludables, se ha iniciado las acciones desarrollando procesos de coordinación con el Viceministerio de Interculturalidad y Medicina Tradicional e instituciones que trabajan en esta línea, FORTALESSA/OPS ha contribuido conformando la mesa de interculturalidad y HCP se integró a estos procesos.

A nivel local se ha generado la integración de la sociedad civil en el desarrollo de procesos de calidad en el marco de concertación, se ha movilizó autoridades locales de salud y autoridades municipales para integrar los procesos de socialización y análisis, además de elaborar planes de calidad. En estos procesos se ha observado compromiso, interés y responsabilidad de estos actores.

Estas iniciativas han generado expectativas en autoridades del SEDES y el MSD; tal es así que el SEDES Chuquisaca ha desarrollado en forma conjunta con HCP un taller para autoridades de los DILOS en el que se ha sensibilizado y motivado su participación para gestionar recursos y monitorear los procesos de mejora en sus jurisdicciones.

En el departamento de La Paz se ha logrado consensuar con el SEDES la posibilidad de incorporar en los comités de calidad representantes de la sociedad civil y se ha apoyado en la conformación de 6 comités de acreditación de las redes. Además, se ha previsto desarrollar en forma conjunta con las autoridades del SEDES un taller departamental para sensibilizar y organizar su trabajo.

Se ha realizado la identificación de los médicos tradicionales en las 11 redes de salud Municipal en las que trabaja HCP, y se los ha integrado en los procesos de socialización de las normas y los procesos de análisis y organización de la red de referencia y contrareferencia comunitaria. En Azurduy y Padilla se ha desarrollado un taller específico con ACS y médicos tradicionales para organizar la red de referencia y contrareferencia comunitaria.

Respecto a los procesos referidos a educación y comunicación para promover prácticas saludables se puede mencionar como avance la recopilación y revisión de materiales del AIEPI Nut, SMN, SSR, TB por parte de HCP los cuales serán reimpresos en el FY 2013.

Otro avance es la producción de una Guía de Comunicación Comunitaria, denominada “Promoviendo Comunidades Saludables”, que servirá de base para la capacitación al equipo técnico del proyecto, personal de salud y ACS, a fin de contribuir en la promoción de prácticas saludables, poniendo especial énfasis en comunicación interpersonal y grupal y técnicas de entretenimiento educativo. Además se facilitará la elaboración de un plan de comunicación comunitaria que se espera articule a la Estrategia Nacional de Comunicación del Ministerio de Salud y Deportes.

Se desarrolló un proceso piloto que permitió validar la guía “Promoviendo Comunidades Saludables” y se inició la capacitación a actores locales en actividades de comunicación comunitaria, bajo el enfoque de entretenimiento educativo en Camargo.

1.2.2.1 Logros RI 2.5

- Se ha desarrollado planes de calidad concertada con cuatro servicios de salud con la participación de los comités locales de salud en: Yamparaez, Padilla, Camargo y Poroma.



Madre participante de reuniones comunitarias

1.3 RESULTADO INTERMEDIO 3

RI.3. Población rural menos atendida empoderada para buscar/obtener atención en salud culturalmente apropiada (Equidad y Derechos)

El equipo de facilitadores del nivel local trabajó en el componente de empoderamiento a la comunidad, a través del trabajo realizado a nivel de las organizaciones sociales de base, constituida por mujeres principalmente y por grupos de adolescentes de las Unidades Educativas de los municipios cabeceras de red del área de influencia del proyecto. Los Comités Locales de Salud (CLS) de los establecimientos de salud de las áreas de influencia fueron incorporados en cada uno de los grupos de trabajo.

HCP inició el proceso del ciclo de acción comunitaria, cuyo plan de acción será fortalecido con fondos competitivos a través de proyectos comunitarios (6 grupos de adolescentes iniciaron el proceso para acceder a las subdonaciones).

Se fortaleció a los diferentes actores locales como autoridades municipales, sector salud y comunidad en derechos y obligaciones de salud y VBG. Asimismo se concretó una investigación para la identificación de derechos y eliminación de barreras en el ejercicio de los mismos. Para las capacitaciones y eventos informativos se trabajó en su contenido en base a los ejes de promoción de la salud de la SAFCI.

GRÁFICO 6. PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN DE RI 3



1.3.1 DESCRIPCIÓN DE LOS AVANCES RI 3.3

- Para las capacitaciones de derechos y obligaciones en salud a diferentes actores locales: autoridades municipales, CSMS, personal de salud y comunidad se elaboró el contenido de derechos en salud, SSR y seguridad en salud. Esto se trabaja con un proceso que considera los saberes de los/as participantes utilizando una metodología activo participativa.
- El contenido de derechos ciudadanos y de salud será incorporado como parte de las responsabilidades de la estructura social de la SAFCI en la guía de planificación participativa local y la guía de planificación participativa municipal. Para este efecto,

ambas guías están en revisión y adecuación conjuntamente el área de promoción del MSD.

- Los diferentes actores como los grupos organizados líderes de la comunidad, adolescentes de unidades educativas, autoridades locales y personal de salud participaron en procesos de información y capacitación sobre la importancia del ejercicio de sus derechos y obligaciones en salud.
- El proyecto ha iniciado procesos de información y capacitación con adolescentes sobre derechos y obligaciones para promover el ejercicio pleno de derechos en salud en el marco de la demanda de atención con equidad e interculturalidad. Los/las adolescentes por ejemplo identifican barreras para el ejercicio de sus derechos en su entorno, familiar, comunitario, en la escuela, en el municipio donde concluyen que existe discriminación y por ende demandan mayor profundidad del tema de derechos en salud, y que sea socializado a toda la comunidad educativa, docentes, padres de familia y alumnos.
- Dentro de las capacitaciones sobre VBG, los/las participantes (mujeres, hombres y adolescentes) identifican acciones para prevenir la violencia, tomando elementos que identifiquen acciones a realizar para prevenir y denunciar casos de violencia.
- Los aprendizajes y las acciones identificadas e internalizadas, fueron plasmadas en Planes de Acción y mensajes educativos redactados por los propios participantes.
- Con la finalidad de evidenciar las barreras en el ejercicio de derechos en salud, se está realizando una investigación en seis municipios. La primera parte de la investigación se está realizando en una región afro en el municipio de Coroico de La Paz y el municipio quechua de Poroma y la comunidad de Presto en Chuquisaca.

1.3.1.1 Logros del R3.3

- En FY2012 se realizaron eventos de información y capacitación sobre derechos, obligaciones en salud y VBG.
- A partir de las capacitaciones los diferentes grupos de la comunidad que recibieron talleres de derechos en salud, VBG concluyeron en la elaboración de planes de acción a corto plazo, en los que se visualiza la socialización del tema a sus pares y a su entorno, movilizaciones en torno a la no violencia y el ejercicio de derechos.
- Grupos de mujeres lideresas de la organización social “Bartolin Sisa”, elaboraron 5 planes de acción en el municipio de Azurduy de Chuquisaca y Carabuco (comunidad Ambana) de La Paz.

1.3.2 DESCRIPCIÓN DE LOS AVANCES R3.4

- La metodología para la operativización de la educación, comunicación desde la comunidad (Educación en Salud para la Vida), está desarrollada en el documento con contenido de derechos, que incluye la metodología de trabajo, que está basada en los ejes de promoción de la salud de la política SAFCI. Asimismo, se está realizando un diagnóstico de contenidos, mensajes y materiales de género, derechos, VBG, interculturalidad a nivel de los municipios del área de influencia, insumos que serán utilizados en la implementación de HCP.
- La metodología de trabajo para derechos en salud y VBG con sus instrumentos de evaluación, se socializó con 4 organizaciones de mujeres en la Red Los Andes de El Alto.
- Juntamente con la Unidad de Promoción del MSD se decidió que esta metodología servirá para la identificación y priorización de problemas o necesidades de salud de la comunidad y que será un documento guía, que acompañará la Guía de la Gestión Participativa Local en Salud de la SAFCI.

- En relación a la movilización social, se analizaron experiencias y documentos sobre el abordaje de este tema en la comunidad; asimismo se trabajó en HCP en la identificación de la estructura social y a partir del trabajo de esta estructura se tendrá algunos elementos para la movilización social.
- El trabajo con los adolescentes/jóvenes con las capacitaciones y elaboración de planes de acción, marcan un inicio para que los jóvenes identifiquen y prioricen sus demandas de salud desde su perspectiva.
- Para las subdonaciones, se realizó y socializó la convocatoria a organizaciones sociales y grupos de adolescentes de Unidades Educativas, a partir de la distrital de educación en el caso de jóvenes y autoridades municipales y personal de salud en el caso de las organizaciones sociales, principalmente mujeres.
- Con la respuesta a la convocatoria, se estima realizar 6 proyectos comunitarios en los municipios de Luribay, Quime, Batallas y El Alto en La Paz y Monteagudo y Poroma en Chuquisaca.
- Se realizó la fase preparatoria para que los grupos puedan presentar los documentos solicitados en la convocatoria y posteriormente la presentación de sociodramas en temas de derechos para las organizaciones sociales y VBG para los grupos de adolescentes.

1.3.2.1 Logros del R3.4

- Todas las capacitaciones cuentan con planes de prevención y referencia de casos de VBG, logrando la elaboración de 6 planes de acción de corto plazo, en los municipios de Camargo y Azurduy de Chuquisaca y Quime de La Paz.
- Como producto de las prácticas realizadas en los talleres sobre derechos y VBG, los adolescentes y mujeres han elaborado mensajes educativos sobre esos temas, los que impulsan el ejercicio de su derecho en el marco de la demanda de los mismos a la comunidad y al sector salud.
- Como uno de los ejemplos del resultado de capacitar en VBG a adolescentes de Camargo, se realizó una marcha en su comunidad con el objetivo de la prevención de VBG en su entorno de colegio, familia y comunidad y denuncia de casos a las instancias correspondientes.
- Durante una de las 7 reuniones de la Mesa de Maternidad y Nacimiento Seguros a nivel nacional se presentó y socializó el documento de la Memoria de la Mesa de 16 años de trabajo, abogando por la reducción de la mortalidad materna y neonatal. El documento fue elaborado en un anterior proyecto con apoyo técnico y financiero de USAID y en esta gestión Comunidades Saludables lo imprimió.

TABLA 6: RESUMEN DE LOS PRINCIPALES LOGROS DEL RI 3

CHUQUISACA							
TALLERES DE CAPACITACIÓN SOBRE VBG							
FECHA	GRUPO OBJETIVO	MUNICIPIO	LUGAR	ORGANIZACIÓN	MUJ	HOM	TOTAL
24-25/08/12	Adolescentes	CAMARGO	CAMARGO	U.E. Bolivia	12	11	23
05-06/09/12	Adolescentes	AZURDUY	AZURDUY	U.E. Nicanor Lopez	13	17	30
08-09/09/12	Organización social	AZURDUY	AZURDUY	Líderes Bartolina Sisa	18	7	25
15-19/09/12	Adolescentes	CAMARGO	CAMARGO	U.E. 25 de Mayo (nocturno)	26	24	50
17-18/09/12	Adolescentes	TARABUCO	TARABUCO	U.E. Tarabuco	34	36	70
19-20/09/12	Adolescentes	PADILLA	PADILLA	U.E. Deo Gracias Vega	12	10	22
TOTALES					115	105	220

LA PAZ

TALLERES DE CAPACITACIÓN SOBRE VBG

FECHA	GRUPO OBJETIVO	MUNICIPIO	LUGAR	ORGANIZACIÓN	MUJ	HOM	TOTAL
17-18/09/12	Adolescentes	QUIME	QUIME	U.E. Quime (Conalqui)	20	25	45
20-22/09/12	Adolescentes	QUIME	CHOQUETANGA	U.E.Choquetanga	38	5	43
20-21/09/12	Organización social	CARABUCO	AMBANA	Líderes Bartolina Sisa	29	3	32
14-19/09/12	Autoridades comunitarias	EL ALTO	EL ALTO	Líderes varias organizaciones	21	4	25
TOTALES					108	37	145

CHUQUISACA

EVENTOS INFORMATIVOS SOBRE VBG

25/08/2012	Personal de salud	CAMARGO	CAMARGO	De diferentes EESS	5	8	13
TOTALES							13

CHUQUISACA

EVENTOS INFORMATIVOS SOBRE DERECHOS

20/09/2012	Adolescentes	AZURDUY	AZURDUY	U.E. Pinos	4	14	18
18/09/2012	Personal de salud	CAMARGO	CAMARGO	Red de Salud	21	12	33
25/08/2012	Autoridades municipales	CAMARGO	CAMARGO	Gobierno Municipal	3	6	9
TOTALES					28	32	60

LA PAZ

EVENTO INFORMATIVO SOBRE DERECHOS

17/09/2012	Personal de salud	QUIME	QUIME	Hospital Quime	6	9	15
14/09/2012	Organización social	EL ALTO	EL ALTO	Telares Alianza	30	0	30
TOTALES					64	41	105



Adolescentes de Camargo participando de la marcha contra la violencia

5 ACTIVIDADES ADICIONALES

5.1 CONSULTORÍAS

En cuanto a los servicios de Consultorías realizadas en respuesta a solicitudes del MSD, se ejecutaron y concluyeron las siguientes:

1. Caracterización de Establecimientos de Salud de Segundo Nivel. Respondiendo a una solicitud de la Dirección General de Servicios de Salud y Calidad y continuando con un servicio iniciado en Socios para el Desarrollo, el documento elaborado por los consultores Dr. Edgar Cáceres y Lic. Fernando Ávila fue presentado a consideración de USAID/B, y luego remitido al MSD el cual expresó su aceptación como documento de referencia técnica, a ser discutido internamente, con lo cual el servicio de consultoría concluyó. Asimismo, se realizó una reunión de presentación de resultados con FORTALESSA/OPS, destacando que el documento no se ha distribuido puesto que el mismo ha sido preparado sólo para el uso del MSD. Procesos posteriores de revisión y aprobación, así como de autorización de impresión y distribución serán coordinados con USAID/B.

2. Sistematización de Experiencias de implementación de la SAFCI. Respondiendo a una solicitud de la Dirección General de Promoción de la Salud y continuando con un servicio iniciado en Socios para el Desarrollo, se contrató al consultor Lic. Víctor Alemán, quien a partir de los resultados obtenidos en un taller nacional de análisis de experiencias de implementación de la SAFCI realizado en Cochabamba en febrero de 2012, elaboró el documento de sistematización correspondiente, el cual fue enviado a USAID/B y contando con su visto bueno fue enviado a consideración de la Dirección General de Planificación del MSD. Este documento cuenta con el visto bueno del MSD y el servicio de consultoría ha concluido. Procesos posteriores de revisión y aprobación, así como de autorización de impresión y distribución serán coordinados con USAID/B

En cuanto a servicios de consultoría realizados por solicitud de USAID/B se tienen los siguientes:

1. Evaluación del cumplimiento de las regulaciones ambientales CFR 216, por parte de los socios implementadores de la estrategia de salud de USAID/B. El documento elaborado por el consultor José Luis Aramayo corresponde al FY2012, quien realizó un análisis por socio implementador y emitió un informe global en concordancia con el documento de Evaluación Ambiental Inicial de la estrategia de salud de USAID/B. El documento fue remitido a USAID/B para su consideración y cuenta con su aprobación, por lo cual este servicio de consultoría concluyó.

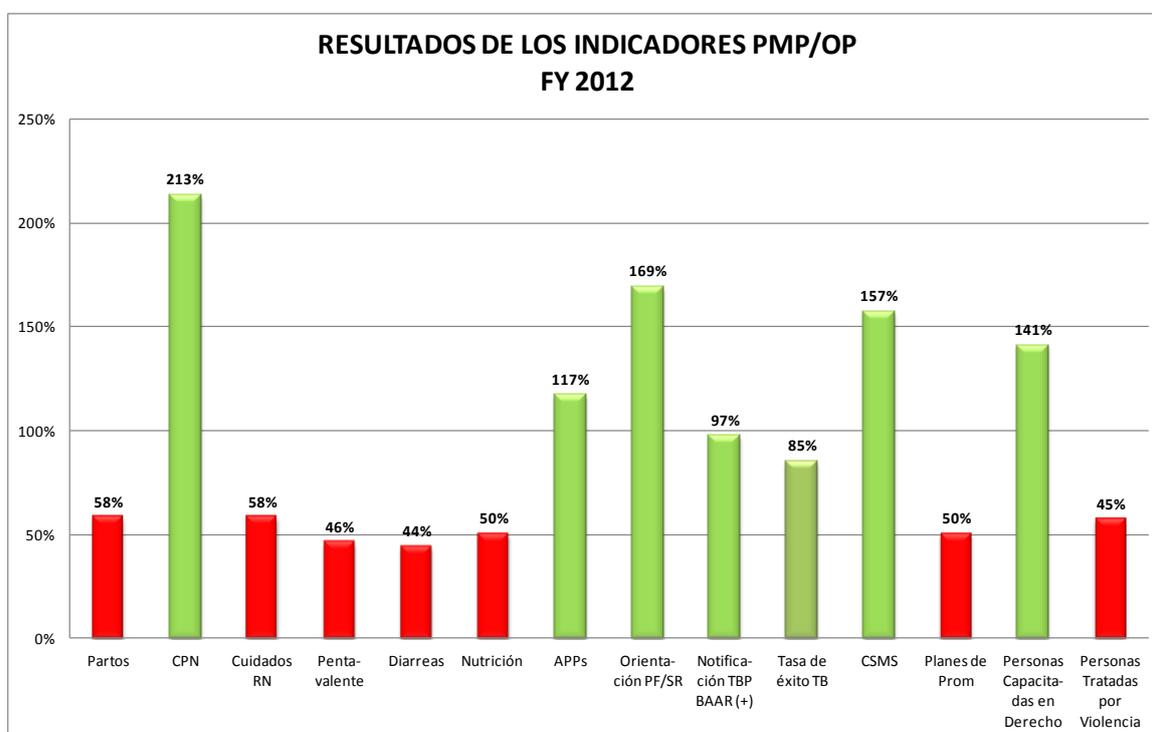
2. Análisis de las cuentas nacionales en Salud, revisión de la serie histórica 2003 - 2009 y preliminar 2010. Esta consultoría está en curso, y tiene actividades programadas hasta diciembre 2012. Al 30 de septiembre, se cuenta con el primer informe de avance correspondiente a los siguientes productos: Manual Metodológico para la estimación de Financiamiento y Gasto en Salud y Análisis de las Cuentas de Salud de la serie de resultados 2003-2008. Estos documentos fueron enviados a consideración de USAID/B.

donde se presentó la lista final de los indicadores, la consultora Tory Taylor presentó dos temas sobre la importancia del uso de datos en encuestas de salud: Uso de datos y Interpretación de datos de encuestas.

Se inició la programación del sistema SIME para los 15 indicadores definidos concluyendo toda la parametrización de variables en fines de julio y se comenzó a diseñar los formatos de reporte para el sistema. Se concluyó la primera parte del desarrollo del sistema y se presentó a los socios en un taller de monitoreo el 16 de agosto. Se presentó a USAID/B el 3 de octubre del 2012, el sistema SIME con información completa del SNIS hasta julio y de información directa de los registros de los socios hasta agosto, cumpliendo con lo comprometido de tener toda la información disponible en el sistema SIME para el 30 de septiembre.

A continuación se muestran los resultados de los indicadores PMP/OP al 30 de septiembre

GRÁFICO 8. RESULTADOS DE LOS INDICADORES PMP/OP AL 30 DE SEPTIEMBRE 2012



Fuente: Sistema SIME/HCP Septiembre 2012

ESTUDIO DE LINEA DE BASE 2012

Con relación a la línea de base, se realizaron reuniones de análisis de indicadores y de requerimiento de información con los diferentes socios del programa FORTALESSA. Al respecto, se vio por conveniente contar con boletas de encuestas diferenciadas para los siguientes públicos: a) hogares seleccionados por muestreo aleatorio a nivel comunitario, b) establecimientos de salud seleccionados a partir de la lista de establecimientos de salud existente en los SEDES (sector público) y centros de salud y clínicas de CIES y

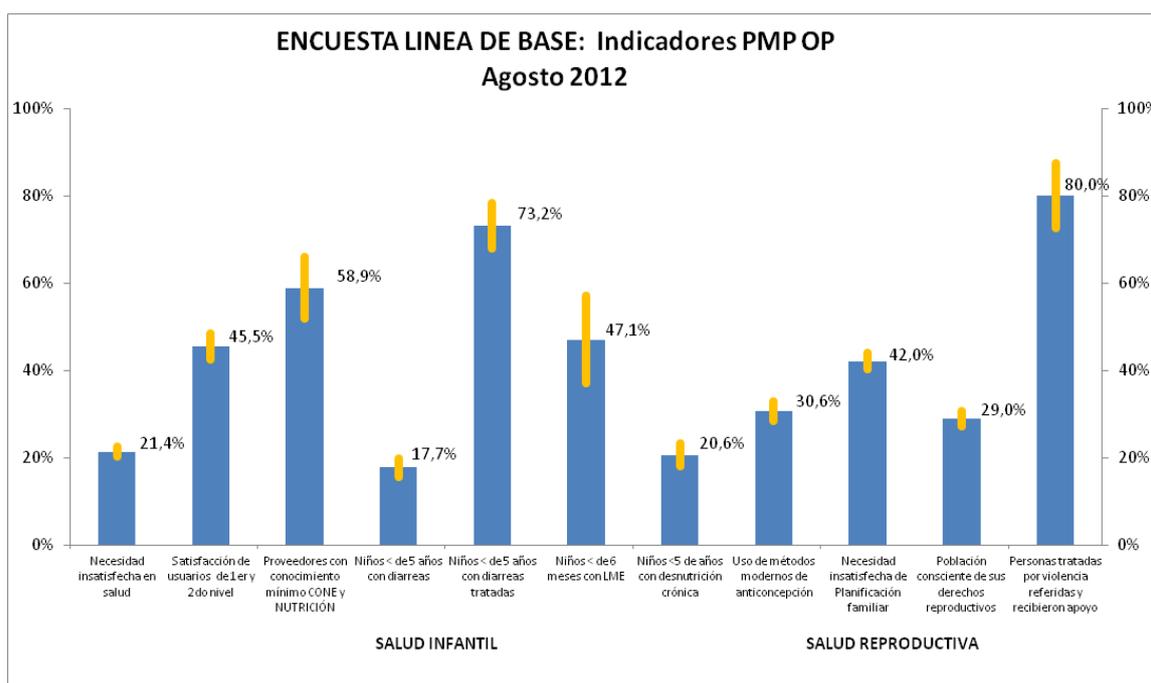
PROSALUD, c) estructura social en salud (ALS, CLS), y d) autoridades municipales (Gobierno Municipal, Consejo Social Municipal en Salud, Comité de Vigilancia).

Se identificó de donde se obtendrá la Línea de Base para cada indicador, algunos se obtendrían del SNIS o alguna otra fuente secundaria y se identificó para cuales indicadores se requeriría de una encuesta de línea de base (fuente primaria). Algunos socios también realizaron diagnósticos rápidos en algunos municipios.

Se firmó el contrato con la empresa CPDI el 8 de julio y USAID/B solicitó que se acortaran los procesos y plazos de entrega porque necesitaban la información para fines de septiembre. El equipo de HCP se involucró y trabajó estrechamente con la empresa CPDI para conseguir terminar a tiempo y con resultados esperados, intervalos de confianza y con las desagregaciones deseadas. El informe preliminar de línea de base fue entregado a USAID/B al cierre del año fiscal.

El siguiente gráfico muestra los resultados de los indicadores obtenidos a través de la investigación de Línea de Base. Se muestran intervalos al 95% de confianza para cada indicador.

GRÁFICO 9. RESULTADOS DE INDICADORES OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA LÍNEA DE BASE



FUENTE: Encuesta Línea de Base del Programa de Salud USAID – BOLIVIA. Agosto 2012

Se seguirá trabajando con la información obtenida de la línea de base.

5.3 SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION

Comunidades Saludables considera la información como base importante para la toma de decisiones, por cuanto ha enfocado esfuerzos para desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación que busca articularse con procesos de planificación y ejecución de actividades. Para el desarrollo del sistema se contempla procesos periódicos: mensuales, trimestrales y anual que permitan contar con información confiable.

Se ha establecido que la participación de actores clave a nivel local y de SEDES dentro de procesos de monitoreo-evaluación (planificación) es importante y contribuye a crear un sentido de apropiación. Por ello es necesario desarrollar un diagnóstico participativo cuando se ingresa en un área geográfica nueva, realizando evaluaciones/planificación anuales.

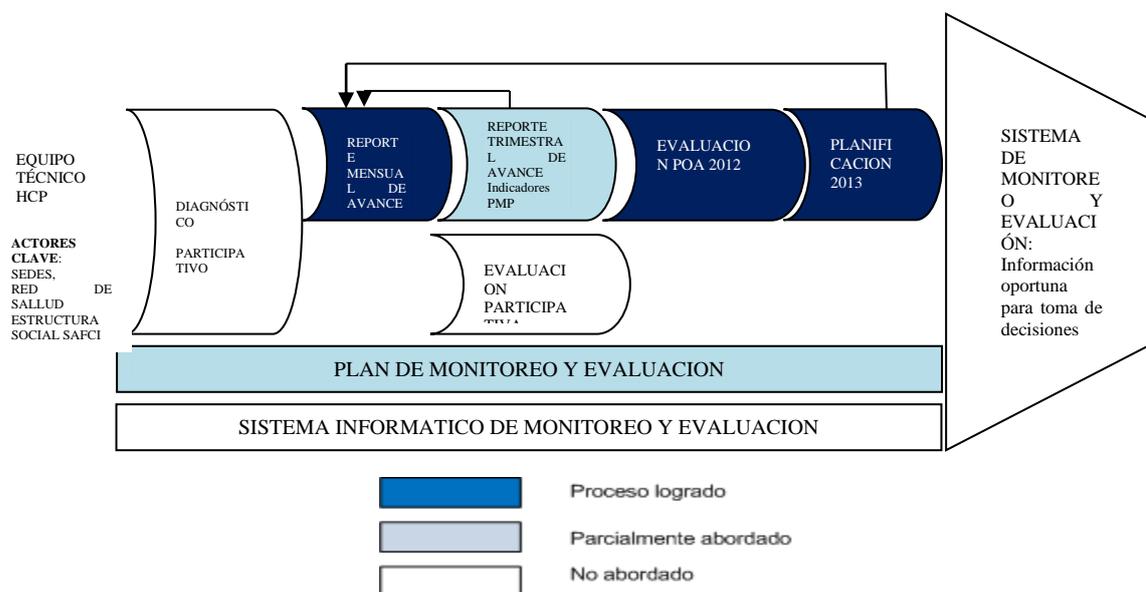
Dado que el proyecto en la cobertura geográfica designada tiene diversos contextos, se plantea implementar herramientas útiles que sirvan para el monitoreo en los diferentes niveles: municipio, red, departamento y nacional. Para ello se contará con instrumentos para los diferentes niveles, el sistema de información que facilite la captura, reporte y acceso a la información.

También es importante considerar que al ser un proyecto que está altamente influenciado por cambios en el contexto nacional, departamental y hasta municipal; el sistema de monitoreo tendrá que contemplar la flexibilidad necesarias para cambios.

En este sentido, el diseño de monitoreo y evaluación responde a la necesidad del financiador USAID/B, y a procesos internos de HCP (indicadores de proyecto).

El siguiente gráfico muestra el proceso que sigue monitoreo y evaluación y los avances realizados:

GRÁFICO 10: PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE HCP



Se destacan los siguientes avances del Sistema de Monitoreo y Evaluación:

- Elaboración del Plan de monitoreo de HCP de forma participativa con todas las gerencias técnicas del proyecto; enfocado al proceso de reporte de indicadores PMP/OP e indicadores de proyecto; para ello, se ha realizado la definición de indicadores, su descripción, determinación de metas y la forma de cálculo. Este documento permite evaluar el avance del proyecto de forma trimestral.
- Diseño y validación de algunos instrumentos de captura de información trimestral (diseñados con la participación de las gerencias técnicas) para responder a las necesidades de información y el reporte de indicadores: fichas técnica municipal, ficha técnica red y ficha técnica establecimientos de salud. (Actualmente en proceso de ajuste tras su validación)
- Se ha desarrollado e implementado la guía para el reporte de procesos de información y desarrollo de capacidades, con los instrumentos respectivos para su documentación por tipo de evento (planilla de asistencia, informes técnicos, informes de satisfacción, otros). Actualmente se cuenta con carpetas codificadas por cada evento informativo y de capacitación y en proceso de validación el formato de reporte sobre costos por cada evento.
- Se ha definido el flujo de reportes de avances mensuales, reporte de procesos de información y desarrollo de capacidades y fichas técnicas municipales, definiendo tiempos y responsables, incluyendo retroalimentación al equipo local.
- Se diseñó e implementó una base de datos en EXCEL ® con información obtenida a través de las fichas técnicas trimestrales, para análisis de información.
- Se elaboraron informes trimestrales de monitoreo de manera regular.
- Se ha realizado el reporte de eventos de capacitación al Trainet web.
- Conjuntamente las gerencias técnicas, se ha realizado la evaluación participativa (interna) de logros del POA 2012, lo cual ha permitido analizar la estrategia de implementación del proyecto y proponer el ajuste de acciones.

5.4 COMUNICACIÓN

GRÁFICO 11: PROCESOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN



En el marco de la Estrategia de Branding y Visibilidad del Proyecto, las acciones de comunicación estuvieron orientadas a fortalecer la visibilidad del apoyo del Pueblo de los Estados Unidos al Pueblo de Bolivia, tanto a nivel de HCP como del Programa en su conjunto.

Para lograr ese objetivo, se concretó la producción y distribución de material de visibilidad (letreros para oficinas regionales y banners para ser instalados en las diferentes actividades desarrolladas a nivel nacional, departamental y local).

Se fortalecieron también las habilidades del equipo técnico del Proyecto, para documentar las actividades más relevantes a fin de producir y difundir material informativo (notas, historias de éxito y boletines trimestrales).

En concordancia con el mandato que tiene HCP, se conformó el Comité de Comunicación del Programa de Salud de USAID, integrado por los responsables de comunicación de los socios implementadores, con quienes se coordinaron algunas actividades a fin de incrementar la visibilidad de USAID en apoyo al sector Salud.

A continuación se detallan las actividades más importantes realizadas durante la gestión 2012.

A nivel del Proyecto:

- Impresión de 50 banners y 12 letreros de visibilidad para diferentes actividades desarrolladas por el Proyecto a nivel municipal y local.
- Disponibilidad de ropa de trabajo, de acuerdo a la Estrategia de Branding, para el equipo técnico del Proyecto.
- Participación en actividades de movilización social social, en respuesta a invitaciones recibidas de los SEDES, SERES y Redes de Salud de La Paz y Chuquisaca.
 - II Feria de Salud de SEDES La Paz.
 - Aniversario de los municipios de Carabuco y Quime.
 - Feria Multiprogramática Monteagudo.
 - Feria Multiprogramática El Alto como parte de la celebración del Día de la Mujer.
 - Otras ferias en los 11 municipios donde se implementa el Proyecto.
- Apoyo y participación en varias iniciativas de visibilidad, que resultaron de las acciones de capacitación en temas de Violencia Basada en Género y de convocatorias para pequeños proyectos de promoción de la salud como parte del Resultado 3, tales como:
 - Marcha de Prevención Contra la Violencia (Camargo, 25 de septiembre).
 - Concursos de sociodramas con la participación de estudiantes y representantes de Organizaciones Comunitarias de Mujeres (El Alto: Red Los Andes, Quime).

- Producción y difusión de 2 Historias de Éxito sobre el impacto cualitativo de algunas de las acciones impulsadas por el Proyecto.
 - “El Municipio de Azurduy, consolida su estructura social en Salud”.
 - “Estudiantes de unidades educativas del municipio de Camargo, protagonizaron Marcha contra la Violencia”.

A nivel del Programa de Salud de USAID:

- Producción de un Brochure, que incluye hojas informativas de cada uno de los socios que forman parte del mismo.
- Producción de 2 banners de visibilidad, destacando en uno de ellos los socios que lo integran y en el otro los roles que tienen a su cargo las organizaciones implementadoras.
- Conformación del Comité de Comunicación del Programa y coordinación de algunas acciones para fortalecer su visibilidad:
 - Firma de Cartas de Entendimiento entre USAID/Comunidades Saludables y los Gobiernos Municipales del Departamento de La Paz (Carabuco, 6 de julio).
 - Firma de Convenio entre USAID y OPS (Huatajata, 10 de julio).
 - Firma de Convenio entre USAID y UNICEF (Tarabuco, 24 de septiembre).
 - Donación de equipamiento a SEDES Chuquisaca (Sucre, 24 de septiembre).
 - Firma de Convenio entre USAID y CIES (Sucre 25 de septiembre).
 - Donación de equipamiento a SEDES La Paz (3 de octubre).
- Se concretó la producción y difusión de las siguientes 9 Notas Informativas sobre actividades relevantes del Programa.
 - “Equipo técnico participó en el Taller de Arranque”.
 - “El Programa FORTALESSA cuenta con un sistema de monitoreo para el seguimiento de sus acciones durante por próximos 5 años”.
 - “El Programa de Salud de USAID socializó información sobre la nueva Estrategia de apoyo al Sector Salud de Bolivia (Aniversario 4 de Julio)”.
 - “Municipios del Departamento de La Paz y USAID Bolivia, fortalecen alianza para contribuir a mejorar la salud de la población”.
 - “El Programa de Salud participó en la II Feria Departamental de Salud”.
 - “Comunidades Saludables promueve el ejercicio de los derechos a la salud de estudiantes de unidades educativas”.
 - “Actores locales fortalecieron sus capacidades para la prevención de la Violencia Basada en Género”.
 - “El Programa de Salud de USAID, cuenta con los resultados de su Línea de Base”.
- Producción y difusión del Primer Boletín Trimestral del Programa de Salud de USAID “Salud en Acción”, en el que se destacan los avances, el fortalecimiento de capacidades, historias de éxito y otros.
- Producción de 5 videos documentales sobre actividades clave del Programa de Salud de USAID:

- Firma de Cartas de Entendimiento con los gobiernos municipales de La Paz (Carabuco, 6 de julio).
 - Firma de Convenio entre USAID y OPS (Huatajata, 10 de julio).
 - Firma de Convenio USAID – UNICEF y SEDES Chuquisaca (Tarabuco, 24 de septiembre).
 - Donación de Equipamiento a los SEDES de Chuquisaca y La Paz (Sucre, 24 de septiembre).
 - “Avanzamos Camargo” (video testimonial sobre la percepción de diversos actores del municipio de Camargo en relación a las actividades impulsadas por el Programa de Salud de USAID). (Camargo, septiembre 2012).
- Producción de publicaciones en respuesta a la solicitud de diversas instancias relacionadas con el sector salud:
 - Memoria de los 10 años de trabajo de la Mesa de Maternidad y Nacimiento Seguros.(septiembre, 2012)
 - Memorias del Perfil epidemiológico del SEDES La Paz. (octubre, 2012).

6 PROCESO HACIA LA SOSTENIBILIDAD

La sostenibilidad en el proceso de operativización de la SAFCI tiene que ver con el incremento de las capacidades de los gestores en salud que les permita desarrollar acciones de forma autónoma y el empoderamiento de autoridades municipales, sectoriales y comunidad organizada para mejorar la gestión en salud.

En este sentido, se han desarrollado capacidades en los actores mencionados y se están promoviendo alianzas estratégicas en los diferentes niveles de gestión para operativizar acciones locales, coordinar con los SEDES y apoyar en la elaboración de herramientas técnicas al MSD.

Se están desarrollando e implementando documentos técnicos, instrumentos y herramientas que permitan a los actores locales tomar decisiones de acuerdo a sus competencias a través de:

- Información
- Educación
- Capacitación
- Metodologías de acción participativa
- Acompañamiento técnico
- Campañas por medios masivos
- Producción de documentos técnicos
- Alianzas estratégicas
- Incidencia y abogacía

Para impulsar la sostenibilidad de las actividades del proyecto, HCP transfiere capacidades técnicas a los siguientes actores:

- Comunidad Organizada: estructura social de la SAFCI(ALS, CLS, CSMS)
- Comunidad Organizada (organizaciones sociales principalmente de mujeres, hombres y grupos de adolescentes de colegios)
- Gobiernos Autónomos Municipales (ejecutivo y concejo)

- Establecimientos de Salud
- ACS
- Coordinaciones de Red
- SEDES
- MSD
- SNIS

7 LECCIONES APRENDIDAS

- El incluir a todos los gestores en salud en procesos de gestión local, facilita que todos puedan manejar la misma información de acuerdo al marco legal vigente y puedan tomar decisiones eficientes y eficaces dentro del marco de sus competencias.
- Realizar reuniones formales de coordinación, planificación y articulación de actividades y contenidos conjuntos de trabajo local con los socios de FORTALESSA facilita la implementación eficaz y eficiente de actividades.
- El relacionamiento continuo y permanente con autoridades municipales (ejecutivo y concejo) y sector salud, en procesos de capacitación, acompañamiento técnico y transferencia de habilidades es esencial por el volumen de temas técnicos a ser implementados a nivel local por HCP y por la rotación continua del personal técnico local.
- Las reuniones de coordinación entre Direcciones Generales y Unidades del MSD, SEDES, Coordinadores de Redes de Salud, socios FORTALESSA, otras ONGs locales y agencias de cooperación internacional demandan tiempo del personal técnico de los proyectos, por lo que serán más efectivas si se establece un liderazgo para organizar, alinear y armonizar las actividades a ser implementadas a nivel local.
- El acercamiento a los SEDES desde el inicio del proyecto para lograr su aceptación posibilita y viabiliza un trabajo más ágil a nivel local. Asimismo, la implementación a nivel local resulta más efectiva cuando se realiza conjuntamente las Coordinaciones de Red de Salud facilitando las actividades y logística local en los municipios de intervención.
- La motivación al personal y el trabajo colaborativo entre los facilitadores y supervisores en cada departamento es un elemento clave para responder a la dinámica de las actividades locales de manera efectiva.
- La respuesta ágil y oportuna a la dinámica de consultas y aprobaciones por parte de USAID/Bolivia durante el proceso de producción de materiales informativos del Programa de Salud ha sido clave para lograr los objetivos de comunicación.
- El contar con información gráfica y tabulada de los avances de proyecto en cada municipio y en relación a las temáticas principales de abordaje del proyecto (sala situacional, ver anexo) facilita contar con una visión general del estado de situación actual y apoya la toma de decisiones gerenciales y planificación de acciones a seguir.

- El trabajo con adolescentes es dinámico en su accionar, y como consecuencia las capacitaciones impulsan de manera práctica la implementación de sus planes de acción.
- La coordinación de acciones con los socios del Programa de Salud de USAID, en el marco del Comité de Comunicación, requiere contar con la presencia del representante de USAID para la toma de decisiones en respuesta a las inquietudes que surgen por parte de los socios, especialmente en relación a la aplicación del Branding de USAID y a otras iniciativas para fortalecer la visibilidad del Programa.
- La adecuación de materiales ya producidos por el Ministerio de Salud y Deportes implica procesos de generación de consensos con diversos actores, lo que demora la impresión de materiales requeridos para la implementación del proyecto.
- La falta de institucionalidad de los DILOS como máxima autoridad de gestión en salud a nivel local debilita la toma de decisiones a nivel local y la sostenibilidad de la gestión en salud.

8 DESAFIOS

La gestión local cuenta con ritmos propios, características y capacidades diferentes y voluntades políticas cambiantes. En este sentido es importante desarrollar capacidades en los gestores locales de salud de forma permanente en el marco de la gestión compartida para poder lograr los objetivos planteados y que las acciones estén dentro del marco legal vigente.

El 2014 se llevarán a cabo elecciones municipales y departamentales, esto implica que durante el 2013 las actividades a ser desarrolladas por las autoridades locales pueden responder a una línea política que vaya en desmedro de la gestión sectorial, por lo que será importante que el equipo de HCP pueda involucrar en sus actividades a potenciales candidatos municipales y sectoriales.

Lograr que la metodología de empoderamiento comunitario, a través del ciclo de acción comunitaria, pueda identificar, priorizar demandas e incorporarlas al POA-PPTO de salud a través de los CLS y además contar con planes de acción que tengan subdonaciones para la implementación de los mismos.

Sensibilizar a los grupos de la comunidad en el ejercicio de sus derechos para que sean capaces de “romper el silencio” ante casos de VBG y acudir a los establecimientos de salud y/o instituciones de prevención de la violencia.

La reorientación de los servicios de salud, como una de las estrategias clave de la promoción de la salud, requiere de una voluntad operativa en el personal de salud y una voluntad política al nivel de los mandos directivos (Redes y SEDES), para crear una base sólida sobre la cual se mejore el acceso a servicios de salud con enfoque intercultural. En esa línea HCP deberá continuar promoviendo sesiones de sensibilización todos los niveles del sistema.

La alta rotación de actores comunitarios, del gobierno municipal y del mismo personal de salud exige al proyecto establecer mecanismos, como la suscripción de acuerdos, que

garanticen la continuidad de las acciones y compromisos establecidos para la implementación del proyecto. Un ejemplo de ellos ha sido la firma de cartas de entendimiento con los gobiernos municipales de La Paz.

9 ACCIONES A FUTURO

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID/Bolivia) en el marco de su nueva estrategia de salud 2011-2017, se ha propuesto mejorar la situación en salud en municipios priorizados en forma conjunta con el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) de Bolivia y para ello ha propuesto implementar el Programa Fortalecimiento de Sistemas de Salud (FORTALESSA) y como parte del mismo el Proyecto Comunidades Saludables (HCP) en redes de salud de los departamentos de Chuquisaca y La Paz.

En el FY 2013 HCP, además de las actividades comprometidas, asume las que UNICEF no ejecutará, decisión realizada en coordinación con USAID y los socios FORTALESSA. Se definió que OPS/OMS, Comunidades Saludables y el MSD / FORTALESSA cubrirán las actividades programadas con los SEDES de Chuquisaca y La Paz de acuerdo a los diferentes niveles de gestión: MSD, SEDES, Redes de Salud y municipios de influencia del proyecto.

El área de trabajo del proyecto para el 2013, incluye un total de 7 redes de salud, 4 en Chuquisaca, 3 en La Paz y 1 distrito de área peri-urbana “Huayna Potosí” de la red Los Andes de la ciudad de El Alto. Además de los municipios cabecera de red del área de trabajo del 2012. Esto representa 44 municipios, incluyendo El Alto.

A continuación se detallan actividades operativas de HCP para el FY2013

IR 1. Fortalecidos los Sistemas operativos y la gestión participativa en todos los niveles del sistema de salud (Gestión Participativa y Liderazgo).

Se trabajará principalmente en fortalecer a los Gestores Locales en Salud (autoridades Municipales, Autoridades Locales en Salud, Comités Locales de Salud, Consejos Sociales Municipales en Salud, DILOS, Coordinadores de Red y Personal de Salud) en sus roles, funciones, atribuciones y competencias en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI en la Gestión Participativa Local y Gestión Participativa Municipal en Salud, para implementar el Ciclo de Gestión Municipal en Salud Planificación, Administración - Ejecución y Seguimiento - Control.

El fortalecimiento se realizará a través de los técnicos de Gestión Municipal y los especialistas de Gestión Participativa Municipal y Gestión Participativa Local en Salud, apoyados por los supervisores de campo y facilitadores de Gestión a nivel Local.

Para generar procesos sostenibles, se formarán alianzas estratégicas locales y nacionales que encaren las determinantes sociales y económicas en salud y que desarrollen capacidades en actores que puedan generar procesos sostenibles locales.

IR 2. Acceso incrementado y mejora de la calidad de la atención en salud intercultural (Acceso y Calidad).

Se trabajará el acceso de la población a los servicios de salud institucionales con UNICEF y MCHIP fortaleciendo las capacidades del personal de los establecimientos de salud priorizados. Contribuirá en su sensibilización hacia aspectos culturales y sus habilidades de comunicación interpersonal que contribuyan en la calidad de la oferta de servicios de salud. Apoyará en la reorganización de los servicios de salud a partir de organizar/cualificar las redes de referencia y contra referencia comunitaria.

El Proyecto implementará el sistema de capacitación, supervisión y evaluación de ACS que se transferirá al personal de salud, para incrementar la capacidad de los proveedores de salud para capacitar, supervisar y evaluar a los ACS y de esta manera mantener la estrategia de inclusión de actores locales en la prestación de servicios básicos de salud a la comunidad.

Se trabajará en el fortalecimiento de la capacidad de la comunidad y sus actores en la generación de propuestas de reorientación de servicios a partir de la implementación de la calidad concertada. Busca fortalecer las capacidades de las comunidades para identificar, definir y canalizar sus demandas en salud hasta las instancias de decisión comunal (CLS) y municipal (CSMS y DILOS). Para este efecto El Proyecto Comunidades Saludables utilizará espacios de análisis tradicionalmente establecidos como son los ampliados, cabildos o los institucionales como los CAI institucionales y CAI-C fortaleciéndolos incorporando ajustes para promover el análisis de las determinantes en salud, la calidad desde la perspectiva de la comunidad y la complementariedad con otras medicinas, principalmente con la medicina tradicional.

RI 3. Población rural menos atendida empoderada para buscar/obtener atención en salud culturalmente apropiada (Equidad y Derechos).

Se fortalecerá a las autoridades municipales como el gobierno municipal, sector salud, DILOS y CSMS sobre derechos y obligaciones de salud para la eliminación de barreras en el ejercicio de derechos, siendo uno de los insumos para este efecto la investigación cualitativa sobre las causas que afectan el ejercicio de los derechos de la población, el diagnóstico de contenidos, mensajes y materiales sobre género, derechos en salud, interculturalidad y VBG entre otros, además del desarrollo del marco legal de derechos.

También se busca el empoderamiento de la comunidad, a través de los grupos de adolescentes del nivel de secundaria de las unidades educativas y grupos de las organizaciones sociales, principalmente de mujeres, del área de influencia de los establecimientos de salud. El empoderamiento será visualizado en el ejercicio de los derechos y responsabilidades de salud de la comunidad en la búsqueda, atención y mejora de la calidad de los servicios.

Se implementará el ciclo de acción comunitaria en los grupos de adolescentes y de mujeres con participación de sus CLS. Los planes de acción tienen las demandas de salud que por una parte puede ser introducido al POA de salud, a través de sus CLS y además tienen los planes de subdonaciones, los cuales serán fortalecidos con los fondos competitivos bajo un proyecto comunitario (40 subdonaciones para los planes) desarrollado e implementado por los grupos de adolescentes y mujeres ganadores de los concursos.

Actividades adicionales

Administración del “Performance Monitoring Plan” (PMP).

La responsabilidad para administrar el Sistema Integrado de Monitoreo y Evaluación – SIME, incluirá la consolidación de información proveniente de FORTALESSA/UNICEF, FORTALESSA/OPS, y los proyectos HCP, PROSALUD/PROMESO, CIES/OPCIONES, MCHIP/JGPIEGO y DELIVER/JSI. Los socios implementadores reportarán los indicadores seleccionados de forma trimestral, semestral y/o anual a través de la plataforma en línea. Se desarrollarán interfaces para que el sistema SIME se comunique directamente con otras bases de datos, como por ejemplo con el SNIS u otros sistemas de información geográfica.

Se diseñarán instrumentos para el control de calidad de los nuevos indicadores definidos por USAID/B y se actualizarán los instrumentos de los indicadores ya existentes y se entregará informes de los controles de calidad por indicador a cada socio.

Se realizará la encuesta anual de validación de los indicadores PMP/OP donde se validará la información recolectada (establecimientos social, estructura social SAFCI y municipios). La encuesta se llevará a cabo en julio – agosto del 2013 para validar la información reportada en los indicadores PMP/OP del FY2012 completo y del primer semestre del FY2013. Se elaborará un Informe con los resultados de la encuesta de validación, analizando la concordancia de los indicadores PMP/OP.

En lo que respecta a la Línea de Base se elaborará un documento publicable (impreso y en página web) para la difusión apropiada de los resultados de la LB 2012.

Plan de Monitoreo y Evaluación

El objetivo del Plan de Monitoreo y Evaluación del proyecto es coadyuvar la implementación de las actividades para obtener los resultados e impactos que el proyecto HCP de USAID/B debe lograr. Por lo tanto servirá para medir, analizar, interpretar y comunicar el progreso de las actividades, resultados e impacto. Por tanto, se ha de continuar con el diseño e implementación de un sistema de monitoreo y evaluación del proyecto para la toma de decisiones. El sistema de monitoreo y evaluación tendrá su soporte en el Plan de monitoreo y evaluación y el Sistema informático de monitoreo y evaluación en plataforma web.

Programa de Comunicación en Salud de USAID.

El Proyecto Comunidades Saludables fortalecerá la imagen del Programa de Salud de USAID a nivel municipal, departamental y nacional, potenciando los mecanismos que ya están siendo desarrollados por HCP.

Se tiene previsto la difusión de campañas de comunicación masiva para la promoción de la salud vinculadas a los procesos de gestión participativa local y municipal, acceso y calidad a los servicios de salud, subvenciones e Higiene Agua Segura y Saneamiento, entre ellas: “La SAFCI Informa”, “Por una comunidad saludable”, “La salud que queremos”, “Soluciones simples que salvan vidas. Al interior del proyecto se promoverán procesos de documentación y sistematización para la difusión de experiencias y mejores prácticas, a fin de rescatar los logros y lecciones aprendidas durante su implementación, algunas de las cuales serán publicadas durante el 2013.

Se dará continuidad e impulso al Comité de Comunicación del Programa FORTALESSA, para lograr optimizar las acciones de comunicación articulada a la Estrategia Nacional de Comunicación del Ministerio de Salud y Deportes, además de dar respuesta a las solicitudes específicas de USAID.

Se concretará el desarrollo del sitio web de HCP, lo que contribuirá a mejorar los niveles de coordinación con los diferentes socios y actores nacionales, departamentales y municipales con los que éste se relaciona, facilitando además el acceso a información sobre los avances y logros del mismo.

ANEXOS

